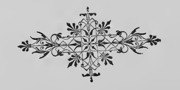
EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr HENRY DELAGÉNIÈRE (Le Mans)



PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1904

TITRES.

Externe des Hôpitaux d'Angers, février 1880.
Interne des Hôpitaux d'Angers, décembre 1880.
Externe des Hôpitaux de Paris, janvier 1883.
Interne des Hôpitaux de Paris, février 1886.
Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 22 février 1890.

* * *

Médecin auxiliaire de l'armée, décembre 1883.
Médecin-Major de 2me classe, maintenu en service.

HOPITAUX.

Chirurgien de l'Asile des aliénés du Mans, 21 janvier 1901.
Chirurgien titulaire des Hôpitaux du Mans.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Membre correspondant de la *Société de Chirurgie*, en janvier 1892.
Membre correspondant de la *Société Anatomique de Paris*, 1889.
Membre correspondant de la *Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris*, janvier 1900.
Membre associé étranger de la *Société de Chirurgie de Bukarest*.
Membre de l'*Association française d'Urologie et de Chirurgie*.
Vice-Président de l'*Association Générale des Médecins de France* (Département de la Sarthe).
Membre de la *Société de Médecine* du Mans.
Membre de l'*Association française de Chirurgie* ?

RÉCOMPENSES.

Deuxième prix de l'Administration des Hospices d'Angers, 1889.
Lauréat de l'Ecole de Médecine d'Angers, décembre 1881.
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris (Prix Laborie), 1899.

FONCTIONS DIVERSES.

Aide prosecteur de l'Ecole de Médecine d'Angers, 11 décembre 1880.
Prosecteur de l'Ecole de Médecine d'Angers, décembre 1881.
Membre du Comité d'Hygiène départemental de la Sarthe.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE.

Collaboration aux *Archives Médicales d'Angers*, à la *Gazette des Hôpitaux*, au *Progrès Médical*, à la *Gazette médicale de Paris*, à la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, à la *Revue de Chirurgie*, etc.
Fondateur des *Archives provinciales de Chirurgie*.

LEÇONS RECUEILLIES.

Dr Lucas-Championnière : (Paris) *Des ligatures artérielles et du traitement des anévrysmes.* — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1888, 135 ; 161.

ENSEIGNEMENT ET CLINIQUE CHIRURGICALE.

M. Henry Delagénière a créé, en 1890, un centre de clinique chirurgicale au Mans, en entraînant ses concitoyens dans la voie si féconde, qui a permis la décentralisation chirurgicale en France, et en les engageant à fonder une maison de santé privée, exclusivement réservée aux grandes opérations.

Par suite, on a dû y aménager une *salle d'opérations* pour les plus graves interventions de la chirurgie moderne (1) et des laboratoires spéciaux, qui sont devenus un véritable centre d'enseignement médical perfectionné pour les médecins de la région.

Des Thèses de doctorat de la Faculté de Médecine de Paris ont pu, par suite, être faites et basées sur des observations prises à cette Clinique par ses élèves-internes et différents élèves stagiaires.

(1) Voir plus loin, p. 18, n° 3.

Liste des Thèses.

1° Meyer (Rodolphe). — *De l'incision complète, de proche en proche, des voies biliaires dans les cas de calculs du cholédoque.* Th. Paris, 1900.

2° Leroy (Emile). — *Etude clinique des polypes du méat urinaire chez la femme.* Th. Paris, 1900.

3° Bernard (Emile). — *Du drainage des voies biliaires dans les cirrhoses du foie.* Th. Paris, 1901.

4° Renault (J.). — *De la gastro-entérostomie dans l'ulcère du duodénum.* Th. Paris, 1904.

5° Sinan (Alcime). — *Du procédé de Mirault d'Angers pour l'opération du bec de lièvre simple.* Th. Bordeaux, 1904.

6° Chauveau (R.). — *De l'évidement osseux dans la résection du genou pour tumeurs blanches graves.* Th. Paris, 1902.

CHAPITRE PREMIER.

I. — Statistiques chirurgicales.

Depuis que l'auteur est fixé comme chirurgien dans la ville du Mans, il a tenu à publier tous les ans, de la façon la plus régulière possible, à l'exemple de certains de ses maîtres de Paris, la statistique complète de toutes les opérations qu'il a pratiquées.

Il estime que c'est, pour un chirurgien, le meilleur contrôle de ses actes et la seule manière qu'il a de se faire une idée précise des maladies qu'il est appelé à soigner, et de la technique qu'il emploie et qu'il doit s'efforcer de perfectionner chaque année.

1° Jusqu'à présent, il n'a pas laissé passer une année sans se conformer à cette règle de conduite, comme on le verra bientôt, en parcourant les *brochures* analysées ci-dessous ; et on pourra se rendre compte du nombre toujours croissant des interventions qu'il a dû faire, et des conditions, parfois très mauvaises, dans lesquelles il a dû prendre de lourdes responsabilités chirurgicales.

2° Il faut ajouter que toutes ces opérations ont été mises sur *fiches manuscrites*, en double exemplaire (l'un est classé par *maladies*, l'autre par *opérations*), si bien qu'à l'heure présente il peut très facilement retrouver toutes ses interventions sur un sujet donné depuis 1890 (c'est-à-dire depuis 13 ans), et toutes les observations cliniques de ses malades.

Il croit être le seul chirurgien de province à avoir dressé un tel bilan de ses actes chirurgicaux, bilan qui ne présente absolument aucune lacune, et qui par suite a un réel intérêt scientifique.

1. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 4 juin 1890 au 1er janvier 1891. — *Gaz. hebd.*, 1891, Paris. — Tiré à part, 1891, broch. de 6 p. — Paris, Institut de Bibliogr., 1891, 2e édit., broch. de 12 p.

Cette statistique, qui correspond aux premières opérations faites au Mans, renferme *119 opérations*, donnant en bloc 6 décès. — C'est un beau chiffre pour *six mois* d'exercice de la chirurgie en province, et cela la *première* année.

Parmi les opérations faites sur l'abdomen et l'intestin, il y eut 3 décès. L'un des malades, glycosurique, emphysémateux et cardiaque, à demi mort de faim, fut laparotomisé d'urgence. Il mourut, 12 jours après l'intervention, de cachexie et d'affaiblissement général. — Une autre malade mourut subitement, à la suite d'accidents attribués à une embolie pulmonaire. Le 3me aortique subit la cure radicale

d'une hernie inguinale qui s'était étranglée huit jours auparavant; il mourut subitement, le treizième jour, la plaie étant du reste complètement guérie. Les 3 autres cas de mort se rencontrent dans les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme (2 laparotomies et 1 énucléation de corps fibreux par morcellement).

Sur 6 morts, par conséquent, deux sont imputables à l'opération, et encore *un seul* a-t-il eu pour cause des accidents septiques. Les 4 autres décès tiennent à l'état général des malades, tous les quatre cardiaques, et plus ou moins infectés d'avance. Il faut rapprocher de ces cas de mort subite post-opératoire un cas de mort survenu subitement chez une autre malade, au moment où on allait la chloroformiser pour l'opérer. Il s'agissait d'un cas d'occlusion intestinale, causée par compression du rectum par un corps fibreux intraligamentaire.

Au point de vue de la méthode générale d'asepsie et antisepsie, la manière de faire adoptée a été celle de M. le Pr Terrier, avec quelques modifications insignifiantes dans les détails.

2. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier 1891 au 1er janvier 1892. — Paris, Bureaux de la *Rev. d. sc. nat. de l'Ouest,* 1892, in-8, 19 p.

Le chiffre total des opérations est de 215, soit presque du *double* (il est vrai qu'il correspond à un an), donnant en tout 13 morts opératoires. — Dans aucun cas, l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Les opérations pratiquées sur la tête et la face donnent une mort pour un cas de bec-de-lièvre double et compliqué, chez un enfant de 8 mois, atteint d'athrepsie et qui mourut du choc opératoire. Le 2e cas de mort a été observé chez une enfant atteinte du croup et trachéotomisée, qui mourut d'inanition dix jours après l'opération.

Vient ensuite un cas de mort chez un diabétique alcoolique, porteur d'un énorme anthrax du dos. Une vaste incision cruciale n'amena qu'une amélioration passagère; il mourut de son diabète. Une trépanation du rachis, pour compression de la moelle par mal de Pott, fut suivie de mort 36 heures après l'opération.

Parmi les opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin, l'auteur a eu 2 morts : l'une chez un vieillard mort de pneumonie le treizième jour, l'autre chez une femme morte de choc opératoire, quelques heures après l'opération.

Les laparotomies pour affections de l'utérus et des ovaires ont donné 3 morts : 2 de choc opératoire, l'autre dans le collapsus, à la suite d'accidents d'occlusion intestinale. Une malade, épuisée et cachectique, atteinte d'un cancer du vagin et de l'utérus, subit l'hystérectomie et mourut le treizième jour d'une broncho-pneumonie. Deux malades atteintes de péritonite puerpérale moururent, malgré le curetage et le drainage de l'utérus. Le dernier cas de mort est celui d'une femme en couches, chez laquelle la basiotripsie fut pratiquée pour une présentation de la face. La malade mourut d'infection secondaire le dixième jour.

Ces opérations, faites dans une maison de santé privée, confirment l'opinion de l'auteur que l'idéal est d'*opérer toujours dans un milieu approprié, entouré d'un personnel médical et auxiliaire spécialement dressé.* L'auteur a eu jusque là recours à l'anesthésie par le chloroforme et a pratiqué toutes ses laparotomies sur le *plan incliné*. (Voir plus loin).

3. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier 1892 au 1er janvier 1893. — *Arch. prov. de chir.*, 1893. — Paris, broch. in-8, 19 p., 1893, 4 fig. dans le texte.

Le chiffre total des opérations pratiquées est de 265 (on voit que le *nombre* a bien augmenté !), donnant en bloc 21 morts opératoires ou ayant suivi l'opération en trop peu de temps pour que celle-ci ne puisse être incriminée.

Le 1er cas se rencontre pour une énucléation de l'œil chez un homme présentant des symptômes cérébraux graves, la fonte purulente de l'œil n'étant qu'un épiphénomène insignifiant. Le 2e cas est celui d'une malade atteinte d'un volumineux épithélioma des paupières et du nez ; elle mourut de pneumonie septique onze jours après l'opération, le lambeau cutané emprunté au bras s'étant gangrené et ayant infecté la plaie. Viennent ensuite une mort pour résection du maxillaire supérieur, par inanition ; une mort par diarrhée verte, à la suite d'une craniectomie ; une mort, cinq jours après extirpation d'un nævus insignifiant du nez chez un enfant de 13 mois ; 1 mort pour un cas de plaie contuse du cerveau. 1 trachéotomie pour un cas de croup chez un adulte fut suivi de mort par congestion pulmonaire.

Les opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin fournissent à elles seules 7 cas de mort sur 36 opérations. On relève ensuite une mort dans un cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col et suppuration pelvienne ancienne : cette malade mourut d'hémorragie consécutive au déclanchement d'une pince ; viennent ensuite : 1 mort par septicémie aiguë ; 1 après curettage de l'utérus pour une péritonite puerpérale ; 1 par embolie pulmonaire ; et 1 par infection purulente consécutive à une ostéomyélite.

L'auteur décrit ensuite l'*installation de la Maison de Santé* (*Figures*), où il a opéré tous ces malades ; et il insiste sur ses procédés opératoires particuliers.

4. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier 1893 au 1er janvier 1894. — *Soc. de Chir.* de Paris (séance du 14 février 1894. — *Arch. prov. de Chir.*, tiré à part, broch. in-8, 1874, 11 p.

Le chiffre total des opérations s'élève à 337 (chiffre encore supérieur à celui de l'année précédente), avec 17 morts, imputables directement ou indirectement à l'opération elle-même.

Les opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme donnent 11 morts sur 95 opérations ; et, sur ces 11 morts, on a 8 cas consécutifs à des laparotomies. La cause principale de cette mortalité réside presque entièrement dans ce fait que la plupart des malades qui ont succombé étaient épuisées avant l'opération et absolument cachectisées.

L'auteur déplore le défaut d'acclimatement de la chirurgie dans sa région, les malades ne consentant, bien souvent, à l'opération que lorsque la vie leur est devenue impossible.

L'auteur insiste sur un état spécial observé chez certains malades et qui lui a paru être le résultat d'une *intoxication chronique*, à distance, causée par le chloroforme : diarrhée profuse avec refroidissement des extrémités et crampes dans les membres ; une fois, il y eut congestion pulmonaire et une fois hématurie. La méthode employée exclusivement est celle dite des doses faibles et continues.

L'auteur en était jusqu'alors satisfait, puisque, sur 932 chloroformisations, il n'avait pas eu un seul accident mortel. Les cas précités ayant attiré l'attention de l'auteur, il eut l'idée de recourir à l'usage de l'appareil de Junker, dont il s'est servi depuis, et qui ne procure que des avantages.

5. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier 1894 du 1er janvier 1895. Communication faite le 7 mars 1895 à la *Soc. de Chir. de Paris.* — Tiré à part des ***Arch. prov. de Chir.***, Paris, 1895, broch. in-8, 11 p. (1).

L'auteur a pratiqué 309 opérations, qui ont donné 16 morts *opératoires* ou plus exactement pour quelques-unes d'entre elles *post-opératoires*. Chez ces dernières, l'acte chirurgical est bien moins en cause que l'affection ou la lésion pour laquelle on intervient. Le 1er cas de mort est celui d'un vieillard atteint d'un cancer du maxillaire inférieur; la résection fut suivie d'un état de collapsus d'où il fut impossible de tirer le malade. Viennent ensuite : 1 mort pour un cas de croup infectieux, la trachéotomie ayant été pratiquée *in extremis*; 1 mort par péritonite stercorale, causée par une perforation de l'appendice vermiforme ; 1 mort chez un enfant présentant une plaie pénétrante de l'abdomen par une chevrotine et laparotomisé *in extremis*; 1 mort dans le collapsus, six jours après la cure radicale chez une femme atteinte de symptômes généraux graves et porteuse d'une petite hernie crurale irréductible; 1 cas de mort chez un octogénaire, atteint d'une hernie inguinale étranglée, qui mourut d'inanition sept jours après l'opération ;1 cas de mort par embolie pulmonaire, dix-sept jours après une cure radicale de hernie. 1 cholécystoduodénostomie fut suivie le huitième jour de mort, par suite d'une hémorragie utérine considérable. Les laparotomies pour affections des organes génitaux de la femme donnent 4 morts : pneumonie infectieuse, accidents septiques à forme cérébrale, choc, double congestion pulmonaire.

Parmi les opérations pratiquées par le vagin, on relève 2 morts, l'une de septicémie aiguë, et l'autre avec des accidents d'étranglement interne indépendants de l'intervention.

A signaler encore 1 cas de mort par urémie chez un néphrotomisé pour calculs du rein avec pyélo-néphrite, et 1 mort, vraisemblablement de granulie, quatorze jours après la résection du genou, chez un jeune homme de 22 ans, tuberculeux et atteint d'une tumeur blanche du genou.

6. Statistique des opérations pratiquées au Mans du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1896. — Paris, 1896, *Institut de Bibliogr.*, in-8°, 15 p.

En 1895, l'auteur a pratiqué 350 opérations avec 17 morts. Les laparotomies pour affections de l'utérus et des annexes n'ont donné qu'une seule mort sur 35 opérations. Les hystérectomies vaginales, au nombre de 26, ont donné 2 morts.

A noter que le chiffre des interventions a augmenté de près de *cinquante*, cette année-là. Mais la mortalité ne varie guère.

(1) Toutes les statistiques suivantes ont été publiées d'abord dans les *Arch. prov. de Chirurgie*.

7. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1896. — Paris, *Instit. de Bibliogr. scient.*, 1897, in-8, 15 p.

Pendant l'année 1896, il a été pratiqué 355 opérations, avec 23 morts. Les opérations sur les ovaires ont donné 3 morts et les opérations de l'utérus 7 morts.

8. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1897. — Paris, *Institut de Bibliogr. scient.*, 1898, in-8°, 16 p.

Pendant l'année 1897, il a été pratiqué 396 opérations, avec 31 morts post-opératoires. Les opérations de gynécologie, au nombre de 104, ont donné en bloc 14 morts. Cette mortalité élevée reconnaît pour cause l'état déplorable dans lequel se trouvent la plupart des malades qui viennent demander des soins.

9. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1898. — Paris, *Inst. de Bibliogr. sc.*, 1899, in-8, 28 p.

Cette statistique porte sur 449 opérations, dont 27 ont été suivies de mort, c'est-à-dire une proportion en bloc d'un peu plus de 6 pour cent. L'auteur montre que cette proportion n'a rien d'excessif relativement à l'importance des opérations pratiquées, puisque plus du quart des opérations (exactement 117) ont nécessité des laparotomies, et relativement aussi à l'état déplorable dans lequel les malades se présentent, non seulement pour des opérations urgentes, mais aussi pour des opérations qui eussent dû être pratiquées depuis longtemps. L'auteur passe en revue tous les cas de mort. Quant aux opérations nombreuses, qui ont été suivies de succès, elles sont classées en catégories, suivant les régions sur lesquelles elles ont porté.

10. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1899. — Paris, 1900, in-8°, *Instit. de Bibliogr.*, 15 p.

Pendant l'année 1899, il a été pratiqué 469 opérations, avec un total de 34 morts post-opératoires : ce qui fait une proportion de plus de 7 0/0 de mortalité. Cette mortalité élevée est due à l'état déplorable dans lequel sont adressés habituellement les malades à la clinique, non seulement lorsqu'il s'agit de chirurgie d'urgence, mais encore, et pour ainsi dire surtout, quand il s'agit d'affections chroniques à très longue évolution. C'est ainsi que, sur 26 fibromes de l'utérus, 4 seulement ont été opérés dans des conditions où le succès opératoire était presque assuré.

11. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1900. — Paris, *Institut de Bibliogr.* 1901, in-8°, 16 p.

L'extension prise par la chirurgie d'urgence, organisée à la Clinique du Mans depuis trois ans, a eu pour conséquence d'augmenter dans de grandes proportions le nombre des morts opératoires. C'est ainsi que, cette année, on a compté 45 morts, sur 509 opérations : soit environ 9,6 0/0 de mortalité sur le chiffre total.

Mais ces 509 opérations comprennent d'une part 429 opérations pour affections chroniques, tumeurs, etc., et 80 pour des cas d'urgence, tels que occlusions intestinales, appendicites aiguës, grands traumatismes, etc. Or, tandis que sur ces 429 opérations non urgentes, il y a eu seulement 23 morts, c'est-à-dire 5,4 0/0, pour 80 opérations d'urgence, il n'y a pas eu moins de 22 morts, soit environ 26 0/0.

12. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1901. — Paris, 1902, *Inst. de Bibliogr.*, in-8°, 16 p.

En 1901, l'auteur a pratiqué 476 opérations, ayant donné un total de 28 morts opératoires ou post-opératoires : soit un peu moins de 6 0/0. Mais ces 476 opérations doivent être divisées en deux catégories : celles qui ont été pratiquées d'urgence pour des cas urgents, telles qu'occlusions intestinales, étranglement herniaire, appendicites aiguës, grands traumatismes, urémie, etc.; et celles qui ont été pratiquées dans des cas chroniques ordinaires. Or, pour la première catégorie, 82 opérations urgentes ont été pratiquées, avec 19 morts, soit 22 0/0 de mortalité ; et dans le deuxième, 394 opérations avec 9 morts, ce qui donne un peu plus de 2,3 0/0.

13. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1902. — Paris, *Institut de Bibliographie*, 1903, in-8°, 16 p.

Sur un total de 409 opérations pratiquées en 1902, l'auteur a perdu 28 malades, ce qui fait sur l'ensemble une mortalité de près de 7 0/0. Sur ces 409 opérations, 63 ont été pratiquées d'urgence avec 13 cas de morts, soit un peu plus de 23 0/0 ; et, sur les 346 cas qui restent, il y a eu 13 morts, soit un peu moins de 4 0/0.

14. Statistique des opérations pratiquées au Mans, du 1er janvier au 31 décembre 1903. — Paris, *Institut de Bibliographie scient.*, 1904, in-8°, 13 p.

Pendant l'année 1903, l'auteur a pratiqué 572 opérations, avec un total de 45 morts : ce qui fait une mortalité de 7,69 0/0. C'est le chiffre le plus élevé (presque *six cents* interventions), qui ait été atteint à la Clinique du Mans. Ces opérations comprennent 116 opérations d'urgence avec 20 morts, soit 17,25 0/0, et 456 opérations non d'urgence avec 24 morts, soit 5,26 0/0 de mortalité.

*
* *

Le chiffre total des opérations, pratiquées au Mans du 1er juin 1890 au 31 décembre 1903, a été de 5,230 opérations.

II. — CHIRURGIE GÉNÉRALE.

15. Sur quelques interventions pratiquées pendant le mois de juin 1899. — *Arch. méd. d'Angers*, 1899, III, 513-515.

Cette communication donne une idée assez exacte de l'importance de la Clinique chirurgicale journalière au Mans, car elle a trait exclusivement aux interventions d'un mois quelconque. Sur les 51 opérations pratiquées en juin 1899, l'auteur signale les cas suivants: 1° un cas de *cystite tuberculeuse*, avec cystalgie intense. Taille hypogastrique, avec résection aussi complète que possible de la muqueuse vésicale. Guérison au vingtième jour; 2° un cas de *paraplégie* par affaissement de la colonne vertébrale dû à un mal de Pott. Redressement forcé sous le chloroforme, le 22 juin. Le malade marche seul le 7 juillet; 3° *occlusion intestinale*, causée par l'étranglement du cœcum sous une bride d'ancienne appendicite. Résection de tout le cul-de-sac cœcal avec l'appendice. Guérison ; 4° *fracture consécutive du vertex*, avec blessure du sinus longitudinal, et paraplégie du membre inférieur. L'accident remonte à neuf jours, et la plaie est en pleine suppuration. Trépanation le 27 juin ; on enlève 17 esquilles. Le 1er juillet, le malade se lève et va aussi bien que possible ; 5° *sténose cicatricielle du pylore*, avec dilatation énorme de l'estomac. Gastro-entérostomie, le 24 juin. État de la malade aussi satisfaisant que possible ; 6° *phlegmon stercoral sous-ombilical*. Une vaste incision, suivie du tamponnement de la plaie, amène la formation d'un anus contre-nature, qui tend à se guérir de lui-même; 7° *anurie* traitée par la néphrotomie le deuxième jour. L'urine traverse le pansement deux heures après l'opération. Huit jours après son opération, le malade a voulu quitter la clinique; on n'en a pas eu de nouvelles ; 8° deux cas d'*ovariotomie* pour gros kystes de l'ovaire, dont un avec pédicule tordu ; 9° trois *hystérectomies vaginales* ; 10° une *hystérectomie abdominale*.
Tous ces malades ont guéri.

16. Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées [*Revue générale*]. — *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1888, l. XI, 581-587.

L'auteur rappelle tout d'abord l'historique de la question, puis étudie la greffe épidermique de J.-L. Reverdin, qui, dit-il, est une greffe dermo-épidermique ; il en décrit la technique et en étudie l'évolution. Ensuite, il résume les explications

théoriques données au sujet de cette greffe. Dans un autre chapitre, M. Delagénière rappelle sommairement l'histoire des greffes dermo-épidermiques, dont les succès, dit-il, ne sont pas constants (sphacèle, difficulté de se procurer de la peau, danger d'inoculation par cette peau si elle est prise sur un membre amputé, plaie importante si elle est prise sur le malade lui-même). Enfin, il arrive à la greffe dermo-épidermique, qui n'est que la greffe de Reverdin, plus volumineuse et plus épaisse, ou qui est faite selon le procédé de Thiersch. Ce dernier procédé est le perfectionnement de la greffe de Reverdin et de la méthode des greffes en général. L'auteur insiste sur la technique; puis il étudie brièvement le mode d'évolution des greffes. Il consacre un paragraphe aux greffes faites avec la peau des différents animaux, en s'arrêtant sur celles pratiquées avec la peau de grenouille et sur la greffe éponge. En terminant, il se prononce pour la greffe dermo-épidermique de Thiersch, et il en précise les indications (plaies ulcérées importantes dont la guérison devra se faire attendre longtemps).

17. Des injections intra-articulaires de vaseline stérile dans les arthrites sèches. — *Méd. des Accidents du Trav.*, Paris, 1903, I, 149-152.

On ne saurait tirer d'une seule observation des conclusions générales sur cette méthode de traitement ; néanmoins on peut admettre : 1° la grande facilité de l'injection intra-articulaire de vaseline stérile dans l'articulation de l'épaule. Une aiguille de 5 à 6 centimètres et une seringue à injections hypodermiques ordinaire sont suffisantes. L'important est d'assurer l'*asepsie* de l'injection. L'auteur donne la préférence aux seringues de 2 centimètres de Lüer, munies d'une aiguille longue. La seringue, l'aiguille, et la vaseline sont stérilisées dans l'autoclave. Pour l'épaule, le point de repère est l'acromion ; le bras est porté en abduction ; on enfonce l'aiguille seule à 1 c. 1/2 au-dessous de l'acromion dans l'articulation ; lorsqu'on est bien sûr d'être dans l'article, on pousse doucement l'injection. On ferme ensuite l'orifice de l'aiguille avec du collodion. 2° L'innocuité de l'injection a été absolue. 3° L'auteur insiste sur la persistance de l'amélioration obtenue après l'injection ; plus de trois mois après, les douleurs n'ont pas reparu ; les mouvements de l'articulation sont restés normaux. D'autre part, sans aucun traitement local, l'atrophie de l'épaule a diminué considérablement. Ces constatations permettraient d'admettre que la vaseline stérile, dans l'articulation, jouerait plus qu'un rôle mécanique ; elle aurait peut-être une influence heureuse sur la vitalité du cartilage et sur sa réparation.

III. — CHIRURGIE DU CRANE ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE.

18. Etude critique des méthodes modernes de trépanation du crâne. [*Revue générale*].— *Gaz. d. Hôp.*, Paris, 1889, t. XII, 445-452.

Il existe deux sortes de trépanation : la trépanation pour traumatisme, qui n'a pas de règle fixe ; et la *trépanation per se* des docteurs anglais, que l'auteur nomme *trépanation exploratrice*, dans laquelle on ouvre le crâne par un procédé chirurgical bien défini. M. Delagénière fait l'historique de la trépanation exploratrice. Il rappelle que des centres de mouvements ont été isolés, que d'après les troubles moteurs observés dans les membres ou dans des segments de membres, on peut diagnostiquer une lésion qui intéresse la couche corticale au niveau d'un de ces centres, et que les centres moteurs, étant groupés autour du sillon de Rolando, ce sillon sert de base d'opération. Puis il passe en revue les instruments employés, la préparation du malade, le mode d'anesthésie, et en arrive au tracé de la ligne rolandique et à la topographie cranio-cérébrale, au sujet desquelles il se livre à une étude critique des différents procédés employés pour déterminer leur situation. L'incision des téguments, l'ouverture du crâne et l'exploration, le drainage, la greffe des rondelles, les sutures et le pansement font l'objet des autres chapitres se rapportant à l'opération. L'auteur indique ensuite comment on arrête l'hémorragie qui peut se produire au cours de l'intervention, seul accident qui arrive parfois, car la trépanation exploratrice est une opération absolument bénigne.

19. Fracture pénétrante du crâne avec vaste abcès du cerveau. Trépanation. Drainage du cerveau. Guérison. Présentation du malade. — *Arch. méd. d'Angers*, 1901, V, 457-458.

Malade de 12 ans, ayant reçu, le 31 mai 1901, un coup de pioche dans la région pariéto-occipitale gauche. Coma et signes d'encéphalite. Opération d'urgence, le 7 juin 1901. Une large trépanation permet d'extraire une esquille de 5 cent. 1/2 de largeur et autant de longueur qui a été enfoncée dans le cerveau. Dans la plaie, foyer purulent de 7 centimètres de profondeur Un faisceau de petits drains est placé dans le fond de la plaie cérébrale. Guérison rapide, avec toutefois hémiplégie droite, qui s'améliore après traitement par le massage et l'électricité.

20. Encéphalocèle. — *Arch. méd. d'Angers*, 1902, VI, 377-378, 1 *Fig.*

La pièce dont il s'agit est une énorme encéphalocèle, enlevée à un enfant naissant. La tumeur était beaucoup plus volumineuse que la tête de l'enfant ; elle était pédiculée et le pédicule, aplati latéralement, s'insérait sur la partie médiane de l'occipital. Dans sa longueur, ce pédicule mesurait 6 centimètres environ, 3 seulement dans son épaisseur. L'opération a consisté dans la section, couche par couche, du pédicule, ligature en masse après écrasement des méninges et de la

substance cérébrale. L'enfant supporta bien l'opération, mais succomba à des convulsions, un mois après.

21. Tumeur pulsatile de la région fronto-pariétale médiane [Discussion]. — *Bull. Soc. de Chir. de Paris,* 1900, XXVI, 240-241.

L'auteur, à propos de la présentation à la Société de Chirurgie d'une malade atteinte de tumeur pulsatile de la région fronto-pariétale médiane, pour qui M. le Dr Schwartz demandait l'avis de la Société au point de vue de l'intervention, a fait observer qu'il a opéré en 1893 un cas analogue; l'observation en a été publiée. L'opération a pu cependant être menée à bien; s'il a eu une récidive après la première intervention, c'est qu'il n'avait pas réséqué la dure-mère dans une étendue suffisante et la seconde opération a réussi. La malade n'a succombé que quatre ans plus tard à une affection intercurrente.

22. De l'utilité de l'intervention précoce dans les fractures pathologiques et traumatiques de la colonne vertébrale. — *XIIIe Congr. fr. de Chir.,* Paris, 1899, oct. 16-21, 360.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut distinguer deux sortes de fractures de la colonne vertébrale. Les fractures spontanées et les fractures traumatiques, les premières relevant presque toujours du mal de Pott. Dans les deux classes, ce sont les lésions de la moelle qui doivent déterminer l'intervention. Et, dans tous les cas où la compression n'a pas détruit complètement l'axe médullaire, la guérison opératoire peut être obtenue. Or, comme on ne peut jamais prévoir que la destruction est complète, il faut opérer dans tous les cas.

L'auteur cite l'observation de 2 malades : l'un, opéré d'une façon précoce, a guéri; l'autre, opéré tardivement, n'a pas été amélioré.

Dans la première observation, il s'agit d'une fillette de 14 ans, atteinte du mal de Pott depuis trois années, qui s'est fracturé la colonne vertébrale dans une chute accidentelle; l'opération relève la douzième dorsale et la première lombaire et libère des adhérences pie-mériennes. Les deux premiers jours, la malade ressent des douleurs assez vives dans les jambes. La sensibilité reparaît le troisième jour et la flexion complète des jambes au quinzième jour. Deux ans et demi après l'opération, la malade ne portait plus de corset. La guérison est parfaite.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une fracture traumatique, opérée six mois après. On trouve la moelle tendue sur une saillie osseuse; à ce niveau, il n'y a plus de substance médullaire. L'opération ne donne aucun résultat et la paraplégie persiste. On comptait d'ailleurs réopérer ce malade et pratiquer une suture de la moelle (*Gaz. d. hôp.,* Paris, 1899, oct. 21, n° 120, 1121).

23. Du pneumothorax chirurgical; ses dangers et sa valeur au point de vue de la chirurgie pleuro-pulmonaire d'après six observations. — XVIe *Cong. franç. de Chir.,* Paris, 1901, C. R., 429. — *Arch. prov. de Chir.,* 1901, X, 709-727. — *Gaz. méd. de Paris,* 1901, 342.

Se basant sur des faits observés, l'auteur en est arrivé à énoncer les propositions suivantes : 1° le pneumothorax produit rapidement est dangereux, mais

non fatalement mortel. Il faut donc, quand on le provoque, le provoquer lentement ; 2° il est possible d'arrêter, en cas de menace d'accidents, la formation d'un pneumothorax en attirant le poumon dans l'orifice de la plèvre et en l'y suturant. Cette ressource, toujours réalisable, enlève donc la dernière crainte qui puisse rester au cours de l'opération. On peut dès lors considérer comme démontrée l'innocuité absolue du pneumothorax provoqué lentement ; 3° il est très facile de supprimer les accidents secondaires du pneumothorax, c'est-à-dire le point de côté, la dyspnée, l'asphyxie lente, en tendant à faire le vide dans la cavité pleurale quand la plèvre est suturée. Un appareil aspirateur quelconque suffit pour cela ; 4° comme déduction de ce qui précède, on devra, dans le cas de chirurgie pleuro-pulmonaire à diagnostic obscur, lorsque les plèvres sont restées saines, provoquer doucement un pneumothorax, ouvrir ensuite largement la plèvre, explorer les plèvres et le poumon, puis, extérioriser la partie du poumon sur laquelle portera l'intervention et fermer la plèvre ; enfin, supprimer le pneumothorax.

L'auteur rapporte ensuite les observations de ses malades, à titre de contrôle.

24. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la dure-mère. — 1 observation. — *Archiv. prov. de Chir.*, Paris, 1893, II, 93-113.

Les tumeurs perforantes du crâne, quelle que soit leur nature, ont une évolu-



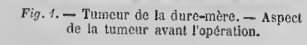


Fig. 1. — Tumeur de la dure-mère. — Aspect de la tumeur avant l'opération.



Fig. 2. — Tumeur de la dure-mère. — Aspect de la plaie opératoire, le malade étant en convalescence.

tion spéciale. Dans la majorité des cas, elles naissent de la face externe de la dure-mère, décollant cette membrane des os du crâne, perforant ensuite le crâne pour

s'étaler sous les téguments qu'elles finissent par perforer également. Au point de vue anatomique, on peut leur considérer : un pédicule ou base avec une portion intra-crânienne réfléchie, un collet qui répond à l'ouverture du crâne et une portion sous-tégumentaire extra-crânienne. Au point de vue chirurgical, ces tumeurs sont des tumeurs pédiculées, dont le pédicule est implanté sur une portion de la dure-mère, de sorte qu'en enlevant cette portion de la dure-mère, la tumeur se trouve enlevée dans sa totalité. Pour faire cette opération, il faut découvrir la portion extra-crânienne de la tumeur par une vaste incision en U, puis réséquer cette portion extra-crânienne ; agrandir l'ouverture du crâne jusqu'aux limites du décollement de la dure-mère ; extirper par morcellement toute la tumeur mise à nu ; enfin réséquer toute la portion de la dure-mère qui a été décollée. Dans l'observation qui sert de point de départ au travail de l'auteur, il s'agissait d'un sarcome angiolithique, examiné histologiquement par Pilliet.

25 [En collaboration avec Sollier (P.)]. Le centre cortical des fonctions de l'estomac d'après un cas d'abcès du cerveau d'origine traumatique. — Tiré à part de la *Revue neurologique*, Paris, Masson [1901], in-8°, 4 p.

Une observation de M. Delagénière : abcès du cerveau consécutif à une fracture de la voûte crânienne par un coup de pioche, avec enfoncement ; trépanation, drainage du cerveau, guérison, a fourni au Dr Sollier la confirmation de ses idées sur la détermination du centre cortical de l'estomac. A la suite de la trépanation pour lésion localisée du cerveau portant sur la région pariétale, on nota une boulimie qui persista après la guérison de la plaie et qui se manifestait trois mois après sous forme de voracité et d'appétit disproportionné avec l'âge et la taille du sujet, âgé de 11 ans. Or, la lésion cérébrale occupait précisément le lobe pariétal, entre les centres moteurs et le point indiqué par M. Sollier, comme centre cortical de l'estomac. Celui-ci, sous l'influence de l'irritation de voisinage provoquée par l'abcès et le travail de réparation cicatricielle, a présenté une suractivité considérable, se traduisant par une exagération des fonctions gastriques et par de la boulimie. Ce fait constitue une confirmation de la localisation corticale des lésions de l'estomac.

26. Nouveau traitement de l'épilepsie par la ligature du sinus longitudinal supérieur au-dessus du pressoir. — *Archives provinciales de Chirurgie*, 1904, novembre. — Tiré à part, Paris, *Institut de Bibliogr. Sc.*, 1904, in-8°, 15 p.

L'auteur considérant que l'attaque d'épilepsie est *une*, tandis que la plupart des lésions qui peuvent la produire soit directement soit indirectement, ont pour effet une dilatation permanente des veines de la surface externe hémisphères amenant les troubles circulatoires cause déterminante de l'attaque, a été conduit à chercher à modifier la circulation veineuse corticale, en pratiquant la ligature du sinus longitudinal avant sa terminaison. Dans un cas, qu'il rapporte, il lui était

arrivé de blesser le sinus longitudinal au cours d'une trépanation pour épilepsie ; l'hémorragie fut arrêtée en tamponnant le sinus, ce qui, au point de vue physiologique, revient à faire la ligature du vaisseau, et la guérison s'ensuivit. Dans un second cas, également rapporté, l'auteur a pratiqué de propos délibéré et avec succès ce qu'il avait fait accidentellement dans le premier. Dans un chapitre, l'auteur a passé en revue les considérations d'ordre anatomique, physiologique et clinique, qui justifient cette opération et en établit la technique qu'il avait soigneusement étudiée sur le cadavre avant de l'appliquer au malade de son observation.

IV. — CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU.

27. Du véritable procédé de Mirault (d'Angers), pour l'opération du bec-de-lièvre. *Arch. prov. de Chir.*, n° 12, déc. 1903. — Broch. in-8°, Paris, 8 p., 4 fig.

Le procédé de Mirault, resté incompris, est partout décrit et figuré à l'envers, c'est-à-dire transformé en un non-sens embryologique et physiologique. Aussi l'auteur s'attache-t-il tout spécialement, dans ce travail, à en décrire la technique telle qu'elle a été enseignée par Mirault lui-même et par le Prof. Méleux, à l'École de Médecine d'Angers.

D'après Mirault, dans tout bec-de-lièvre, quand il existe un os incisif, il existe aussi un lobule médian. Le but de l'opération n'est pas de combler la brèche par



Fig. 3. — Bec de lièvre classique. — Procédé de Mirault, modifié par Méleux (d'Angers). Tracé des incisions.

Fig. 4. — Bec de lièvre. — Procédé de Mirault, modifié par Méleux (d'Angers). — Opération terminée.

une autoplastie, mais de restaurer le lobule médian, de le conserver en fonctions à sa place. Par conséquent, dans aucun cas, le chirurgien ne doit l'exciser ni le supprimer. Or, c'est précisément ce que font tous les auteurs qui décrivent le procédé : restauration du lobule médian ; les auteurs enlèvent le lobule et le remplacent par un lambeau taillé aux dépens du bord externe du bec-de-lièvre, c'est-à-dire par un lambeau qui ne contient pas, et ne peut contenir de lobule dans son épaisseur ; aussi la lèvre reconstituée est raide et manque de la mobilité normale d'une lèvre munie de son lobule. L'auteur a appliqué cette méthode dans ses cas personnels et n'a eu qu'à se féliciter des résultats obtenus.

28. Epithéliome glandulaire du pharynx nasal; extirpation; guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 373-377.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui ressentit les premiers symptômes de son mal trois ans avant l'opération que pratiqua l'auteur, le 3 février 1897. A l'examen, on constate la présence d'une tumeur qui soulève et repousse le voile du palais; cette tumeur est blanc-nacrée, du volume d'un œuf de poule, dure, résistante, et semblant mobile. L'opération dura à peine un quart d'heure. L'examen histologique prouva qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire à marche lente. L'auteur insiste sur l'évolution lente de la tumeur, qui récidiva après une première intervention, dans laquelle on enleva quelques polypes du nez, mais sans enlever l'implantation même de la tumeur. M. Delagénière fait remarquer que cette tumeur étant très vasculaire, il aurait peut-être perdu sa malade d'hémorragie, s'il n'avait pas attaqué avec la rugine le point d'implantation sur l'apophyse basilaire. Grâce à cette manœuvre, le sang cessa de couler et le reste de la tumeur, à demi morcelée, fut extrait par la brèche palatine en un seul coup. On put, en outre, se rendre compte de la possibilité d'atteindre le point d'implantation de ces tumeurs en suivant la crête du vomer, devenue accessible par l'incision simple du voile du palais. L'auteur appelle l'attention sur cette notion importante, que la nature histologique des polypes fibreux du pharynx lui paraît être variable, et souvent maligne; et que, pour cette cause, la seule opération logique est l'extirpation de la tumeur avec son point d'implantation. Il arriva à ce but en incisant le voile du palais et en portant une rugine courbe le long du voile jusqu'à l'apophyse basilaire.

29. Actinomycose cervicale traitée sans succès par le curetage et l'iodure de potassium à haute dose. — *Arch. méd. d'Angers*, 1902, VI, 226-229.

L'auteur a tenu à rapporter cette observation pour démontrer la gravité de l'actinomycose chez l'homme.

En moins d'une année, il a pu suivre l'évolution complète de la maladie, malgré le traitement chirurgical et l'iodure de potassium employé à doses énormes. On ne saurait donc, avec un résultat aussi négatif, considérer le traitement iodé comme le traitement spécifique de cette grave affection.

30. Du traitement des anévrysmes de la carotide primitive : un cas d'extirpation, guérison. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 225-234.

Fille de 16 ans. Début de la tumeur il y a neuf mois. Extirpation. incision de 10 centimètres. Isolement de l'extrémité inférieure fluctuante de la tumeur. La carotide primitive est masquée en partie par le sac et en partie par la veine jugulaire interne qui vient se perdre sur la partie antérieure de la tumeur à laquelle elle adhère intimement. Section de la veine jugulaire entre deux pinces, puis isolement facile de l'artère qu'elle recouvre. Double ligature du bout inférieur et pince, puis section de l'artère entre la ligature et la pince. On soulève alors le sac

anévrysmal, pour isoler son extrémité inférieure et découvrir le nerf pneumogastrique qui s'étale à sa face postérieure. Cette dissection s'étend jusque dans les tissus œdématiés qui se prolongent vers la carotide. On peut alors pédiculiser le sac sur le bouquet artériel de la terminaison de la carotide. Le sac, tenant encore en haut et en arrière, est isolé avec précaution d'un gros cordon rougeâtre qui paraît être le ganglion du grand sympathique, et est enlevé facilement. Les tissus œdématiés qui entouraient la partie supérieure de l'anévrysme sont excisés au thermo-cautère. La malade sort le 11 juin, mais revient un mois plus tard avec un phlegmon au niveau de la partie supérieure de la carotide. Ouverture en avant et en arrière du sterno-mastoïdien ; drainage. La guérison se fait rapidement. A l'examen de l'anévrysme on trouve les tuniques artérielles infiltrées de cellules embryonnaires, sans tubercules appréciables. Les fragments de tissu qui l'accompagnent sont des ganglions lymphatiques tuberculeux et parsemés dans toute leur épaisseur de masses caséeuses occupant le centre de follicules lymphatiques (*Revue Sc. Méd.*, Paris, 1896, XLVIII, no. 96, fasc. 2, 633).

31. Goître exophtalmique ; résection des sympathiques cervicaux. — *Arch. méd. d'Angers,* 1898, II, 303.

Femme de 21 ans ayant depuis un an les signes classiques du goître exophtalmique ; insuccès de divers traitements ; amélioration passagère par l'électricité. L'auteur pratique chez cette malade, en une séance, la résection des deux sympathiques cervicaux. Amélioration rapide ; en quatre jours le pouls tombe de 140 à 100, plus de tremblement, l'œil devient moins saillant et le goître tend à diminuer. (*Revue d. Sc. méd.*, Paris, 1898, t. II, N° 104, fasc. 2, p. 653).

32. Goître exophtalmique ; résection des deux sympathiques cervicaux, Guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1899, III, 67-70.

L'auteur cite l'observation d'une femme de 38 ans, ayant des antécédents nerveux et qui se plaint de souffrir d'un goître qu'elle croit avoir toujours eu. La malade qui a essayé toutes sortes de traitement sans résultat, y compris l'électricité, devient de plus en plus nerveuse, irritable et triste ; elle se sent toujours fatiguée et ne peut tenir en place. L'auteur décide de l'opérer. Par une incision allant de l'apophyse mastoïde au milieu de la clavicule, il résèque le grand sympathique à gauche puis à droite. Les deux sympathiques cervicaux ne présentaient pas de ganglions moyens. A la suite de cette opération, la malade ressentit une légère amélioration qui alla sans cesse en augmentant jusqu'à complète guérison.

33. Résultat éloigné d'un cas d'exothyropexie pour goître plongeant nucléaire ayant amené des accidents de Basedowisme. — *Arch. méd. d'Angers*, 1901. V, 107-110.

D'après l'auteur, l'exothyropexie paraît être une opération bénigne et d'une exécution des plus faciles. Elle permet de pratiquer l'extirpation des noyaux du goître et de conserver le parenchyme du corps thyroïde ; elle ne cause pas une difformité considérable du cou ; contrairement à la thyroïdectomie, elle n'expose ni à

la cachexie ni au myxœdème ; elle paraît indiquée dans les goîtres de moyen volume ; en raison de sa facilité et de sa rapidité d'exécution, elle paraît être une ressource précieuse comme opération urgente dans certains cas graves de goîtres suffocants.

34. Corps étranger ayant séjourné près de quatre mois dans le larynx. — *Arch. méd. d'Angers*, 1900, IV, 61-62.

Il s'agit d'un fragment du *pariétal d'un lapin*, mesurant 22 millimètres sur 20, qui avait été avalé par une femme de 53 ans, le 24 août 1899. Ce n'est que le 16 décembre, c'est-à-dire 4 mois après l'accident, que la malade se décida à faire extraire ce corps étranger. Il fut extrait sans incident à l'aide d'une *pince-clamp*.

35. Corps étranger de la bronche droite. Extraction par la trachéotomie. Guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1903, VII, 123-126.

Il s'agit d'un enfant de 30 mois qui, jouant avec une pipe, tomba par terre et brisa cette pipe dont le tuyau fut avalé. La radiographie ayant permis de voir le corps étranger dans le larynx, l'auteur pratiqua une crico-trachéotomie qui lui permit d'explorer le larynx et de reconnaître que le corps étranger n'y était pas. Poursuivant l'incision trachéenne de 2 cent. 1/2 en bas, l'auteur explore avec une sonde cannelée et découvre le corps à une profondeur de 4 centimètres depuis la terminaison de son incision. Ce n'est qu'à la 4[me] reprise qu'il peut l'ébranler avec sa pince ; l'enfant ayant eu alors un accès de suffocation, le corps fut projeté violemment dans la trachée d'où on l'extrait facilement. Les suites furent simples et la guérison rapide. Le corps étranger est un tuyau de pipe en ébonite ; il mesure 36 millimètres de longueur, 7 millimètres de largeur et 3 mill. 1/2 d'épaisseur. L'extrémité buccale présente la saillie habituelle aux tuyaux de pipe et c'est cette saillie qui, apparemment, maintenait le corps étranger fixé dans la bronche droite.

V. — CHIRURGIE DU THORAX.

36. Ostéo-sarcome du sternum, ayant nécessité la résection du plastron sterno-chondro-costal et de la moitié interne de la clavicule gauche. — *Arch. méd. d'Angers*, 1900, IV, 62-63.

La tumeur, dont il s'agit, paraissait enlevable : la poignée et le corps du sternum, l'articulation sterno-claviculaire gauche étaient envahis, il y avait quelques ganglions dans l'aisselle gauche, mais rien d'anormal dans le creux sus-claviculaire. L'aisselle gauche ouverte, évidée avec soin, le tendon direct du grand pectoral fut sectionné de son attache. Le muscle fut dissocié vers la partie médiane de la clavicule gauche qui fut sectionnée en son milieu, puis décortiquée, comme les première, deuxième et troisième côtes. Section du sternum et des côtes correspondantes du côté droit à l'union de la côte et du cartilage ; désarticulation de la clavicule droite. Puis la pièce est décortiquée avec soin de façon à ne pas ouvrir le péricarde, ni les plèvres et à ne pas blesser les gros vaisseaux du sommet du thorax, et renversée sur le côté gauche. La plèvre se déchire ; on bouche l'orifice fait à la plèvre en y suturant le poumon. La malade va bien depuis son opération, sans présenter aucun trouble du côté de la circulation ni du côté de la respiration.

37. Traitement de la luxation de l'extrémité externe de la clavicule par le massage. Deux cas de guérison sans déformation. — *Arch. méd. d'Angers*, 1899, III, 72-75.

Ces luxations, faciles à reconnaître sont faciles à réduire, mais la réduction est très difficile à maintenir. L'auteur, dans deux cas, usa d'une tentative de massage et eut la satisfaction d'obtenir deux résultats complets et sans impotence. Il résulte donc de ces deux observations que certaines luxations sus-acromiales peuvent guérir facilement par un massage méthodique. On devra recourir à cette méthode avant de songer aux interventions sanglantes dont les résultats ne seront ni meilleurs ni plus rapides. Mais les massages doivent être faits avec beaucoup de méthode. Leur but est d'amener dans l'articulation lésée une grande quantité de lymphe plastique, de pousser à son maximum l'activité circulatoire. Le massage, dans ces conditions, doit être doux et prolongé ; on ne devra pas craindre de réduire la clavicule plusieurs fois pendant la même séance, si elle se déplace ; enfin, le massage fini, on devra la maintenir en place le plus longtemps possible au moyen d'un appareil approprié.

38. De l'amputation du sein par le procédé de Halsted modifié. [Discussion]. — *XIIIe Congr. franç. de Chirurgie*, Paris, 1899, 360.

Au sujet du procédé de Halsted modifié, l'auteur fait remarquer que depuis plusieurs années il a recours audit procédé. Il enlève les muscles grand et petit pectoraux, et fait même l'évidement de l'aisselle jusqu'au cou, quand cela est nécessaire, en sectionnant au besoin la clavicule. Les résultats sont meilleurs que ceux obtenus autrefois; mais M. Delagénière observe encore des récidives, locales ou à distance. En outre, il a observé chez plusieurs malades une gêne parfois très marquée des mouvements d'adduction du bas. Il a renoncé aux autoplasties par glissement et par pivotement, et leur préfère les greffes de Thiersch.

39. Pneumectomie partielle pour gangrène pulmonaire. — *Congr. franç. de Chir.*, 6e session, Paris, 1892, p. 583.

L'auteur dit que la pneumectomie partielle lui a semblé indiquée dans certains cas de gangrène pulmonaire ; il rapporte un cas dans lequel il l'a pratiquée avec succès. Il décrit les symptômes présentés par le malade, qui, la veille de l'opération, était dans un état grave. On avait porté le diagnostic *d'abcès du poumon au voisinage de la plèvre diaphragmatique*, sans doute consécutif à de la *gangrène pulmonaire*. Le 29 juillet 1891, M. Delagénière fait une pleurotomie, évacue l'abcès, détache avec les pinces, les ongles et des ciseaux courbes, les parties du tissu pulmonaire qui cèdent, et creuse dans le lobe inférieur du poumon gauche, une sorte de cavité dans laquelle on introduirait le poing. Puis il pratique un nettoyage complet de la plèvre et de la vaste caverne pulmonaire. Guérison. L'auteur fait ensuite l'historique de la pneumectomie partielle, qui, dit-il, n'a pas donné les résultats attendus, parce qu'elle a été faite insuffisamment et incomplètement. La suppression complète du tissu pulmonaire infecté remplirait théoriquement le mieux les indications ; c'est pour se rapprocher autant que possible de cette conception que M. Delagénière propose le nom de *pneumectomie partielle* à l'opération qui sera toujours indiquée dans les cas de gangrène pulmonaire. Dès que le diagnostic peut être porté et que la lésion peut être localisée, le chirurgien devra se hâter d'intervenir. L'auteur établit les règles générales de l'intervention, qui variera selon que le foyer gangréneux sera en rapport avec la plèvre pariétale ou qu'il sera central. Il examine ensuite ces différents cas : 1° *foyer en rapport avec la plèvre costale ;* — 2° *foyer en rapport avec la plèvre diaphragmatique ;* — 3° *foyer en rapport avec la plèvre médiastine ;* — 4° *foyer central ou interlobaire*. Après avoir étudié ainsi les moyens d'aborder le poumon malade, il examine le traitement de la lésion pulmonaire elle-même, dans les cas qui peuvent se présenter : Poumon libre dans la cavité thoracique, ou bien poumon immobilisé par des adhérences pleurales. Enfin, il termine en décrivant le traitement de l'excavation pulmonaire qui résultera de l'incision du foyer gangréneux. (Nettoyage avec des tampons imbibés d'une solution de bichlorure au millième, ou de chlorure de zinc au dixième, drainage).

40. Kyste hydatique du poumon gauche rompu dans la plèvre; traité successivement par la pneumotomie, puis l'extirpation du kyste. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1893, v. s. XIX, 389-394.

« Il s'agit d'une femme de 36 ans, chez laquelle, le 25 février 1892, l'auteur pratiqua un empyème et une pneumotomie, après constatation d'un épanchement dans la plèvre gauche, dont l'examen, après qu'on en eût retiré 1300 grammes, révéla la présence de globules de pus ; avant l'intervention opératoire, deux nouvelles ponctions furent pratiquées, on retira 1200 grammes de liquide. La malade s'étant refusée à toute résection costale, on fut obligé d'intervenir de nouveau le 28 avril vu le mauvais état général de la patiente. On réséqua alors la 6e côte sur une étendue de 10 centimètres, la 7e dans une égale étendue, et la 8e dans une longueur de 12 centimètres. On pénétra dans une vaste cavité creusée dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, cavité renfermant des restes de membranes d'un kyste hydatique dont l'examen des débris enlevés dans la première opération avait signalé l'existence. Drainage. Guérison dans les premiers jours de juillet. L'auteur fait remarquer que l'incision simple du kyste suivie de drainage était restée sans résultat. L'opération radicale, au contraire, consistant en l'extirpation complète du kyste, fut suivie d'un résultat excellent et définitif. Au point de vue du manuel opératoire, les règles générales suivies furent celles que M. Delagénière avait déjà formulées à la 6e session du Congrès de chirurgie. L'ouverture large du thorax est indispensable pour permettre l'exploration de la cavité thoracique et du poumon malade. L'ablation de deux, trois ou plusieurs côtes dans la totalité de leur étendue a toujours paru à l'auteur supérieure aux autres procédés destinés à obtenir l'affaissement de la paroi thoracique.

41. Contribution à l'étude de la chirurgie de la plèvre et des lobes inférieurs du poumon; six observations. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1894, janv. no 1, 1-42.

Dans l'intervention proposée, l'auteur, pour guérir les empyèmes aigus ou chroniques, primitifs ou consécutifs à une collection pulmonaire, cherche non à combler la cavité de l'empyème, mais à obtenir l'effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique et à drainer l'empyème par le cul-de-sac, afin d'empêcher toute accumulation de pus. Il faut compter beaucoup plus sur le poumon pour combler le vide que sur la paroi. Par la résection des sixième, septième, huitième et neuvième côtes on peut beaucoup plus facilement obtenir à l'aide de l'affaissement des parties molles, l'effacement du cul-de-sac costo-diaphragmatique et par suite la disparition des fistules. Le point d'élection pour le drainage est situé indifféremment sur l'entrecroisement du trajet de la huitième côte et de la ligne axillaire antérieure ou sur celui de la neuvième et de la ligne axillaire postérieure.

Lorsque la lésion pleurale se complique d'une lésion pulmonaire sur laquelle on doit agir, l'incision pleurale préconisée peut être insuffisante, dans le cas où la lésion pulmonaire est située au lobe supérieur des poumons. L'auteur conseille alors de pratiquer deux incisions, une (suivant les règles posées par Estlander) qui agira sur le poumon et une autre pour le drainage du cul-de-sac. Toutes les

lésions des lobes inférieurs des poumons peuvent être atteintes par l'incision et la résection des sixième, septième, huitième et neuvième côtes. En sacrifiant la cinquième côte seulement en plus, on peut atteindre les pleurésies intra-lobaires. Au point de vue du diagnostic, l'auteur admet la pleurotomie et la pneumotomie exploratrices, exactement comme la laparotomie, la trépanation, la taille exploratrices.

Les indications opératoires sont la pleurésie purulente récente, l'empyème chronique, les épanchements de sang, les collections liquides venues du médiastin, du foie, de la rate. Du côté du poumon, les cavernes tuberculeuses, dilatation bronchique, foyers de gangrène ramollis ou non, abcès du poumon, kystes ou tumeurs des poumons, corps étrangers dans les bronches, etc.

La ligne d'incision, après avoir trouvé comme point de repère, le bord axillaire et l'angle de l'omoplate, et la huitième côte, part du point d'intersection de la ligne axillaire postérieure et de la huitième côte et se prolonge jusqu'au point où le trajet régulièrement oblique descendant de la huitième côte paraîtra changer de direction et devient légèrement ascendant. Aux deux extrémités on fera deux autres incisions ascendantes variant de longueur avec l'étendue du volet à relever. Après avoir mis à nu les huitième, septième, sixième côtes on en fera la résection sous-périostée. Puis on ouvrira la plèvre, sans tenir compte de la situation des fistules cutanées, s'il en existe, au niveau de l'espace occupé par la huitième côte à cause de la grande facilité de drainage du cul-de-sac costo-diaphragmatique en cet endroit. Par cette ouverture on explorera avec la main introduite dans la cavité pleurale la base et la face externe du poumon, afin de se rendre compte des adhérences, de sentir la lésion pulmonaire et par suite de préciser son siège exact. Quoi de plus simple ensuite que de se créer une voie directe pour intervenir sur la lésion, si cette intervention ne peut se faire par l'incision pleurale faite sur le trajet de la huitième côte. (*Rev. Sc. Méd.*, Paris, 1894, XLIV, n° 87, juillet 15, p. 288-289).

42. Nécessité du drainage du sinus costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions sur le poumon.— *IXe Cong. de Chir.*, Paris, 1895, in-8, 106.

L'auteur a déjà eu l'occasion d'insister sur les relations qui unissent l'une à l'autre la chirurgie pleurale et la chirurgie pulmonaire. Cette vérité est surtout incontestable quand il s'agit d'affections septiques. Or, la grande majorité des opérations pratiquées sur le poumon s'adressent à des affections septiques, de sorte que l'inoculation de la plèvre peut être considérée comme fatale. Il faut donc, en même temps qu'on agit sur le poumon, drainer la plèvre et la désinfecter, double but qu'on atteint sûrement en réséquant les sixième, huitième et neuvième côtes, et en drainant le cul-de-sac costo-diaphragmatique d'après les règles données antérieurement par l'auteur. L'ouverture de la séreuse sur le trajet de la huitième côte permet l'exploration de la plèvre, des lobes inférieurs du poumon et scissures interlobaires, à la condition d'enlever une côte de plus, la cinquième. L'acces de la lésion peut être facilité par la résection de la plèvre pariétale libérée de ses côtes, ainsi que l'auteur a eu l'occasion de le faire récemment pour décortiquer un moignon pulmonaire de sa plèvre viscérale. Il a été possible de mettre en pratique ces données générales dans trois cas de chirurgie pulmonaire des lobes inférieurs : les trois malades ont guéri sans fistule et rapidement. Or, il s'agissait d'un cas de gan-

grène étendue du lobe inférieur, d'un kyste hydatique volumineux et suppuré, enfin d'un abcès du poumon. Pour les affections du lobe supérieur et du sommet du poumon, les indications pleurales restent les mêmes, mais la lésion pulmonaire doit être traitée à part, par une deuxième opération faite dans la même séance, ou, dans certains cas, dans une séance ultérieure.

L'auteur n'a eu qu'une seule fois l'occasion d'intervenir dans ces conditions : il s'agissait d'un pyopneumothorax avec caverne tuberculeuse du sommet du poumon. Dans une première opération, l'auteur, fit la résection des sixième, septième, et huitième côtes, et le drainage du sinus costo-diaphragmatique ; puis il isola par des sutures la caverne pulmonaire de la cavité pleurale, se réservant de traiter directement la caverne dans une deuxième opération. Malheureusement, le malade, très amélioré par sa première intervention, refusa de se laisser opérer à nouveau. Il finit par succomber plusieurs mois après aux progrès de sa tuberculose pulmonaire. (*Semaine méd.*, Paris, 1895, XV, 448).

43. Du pneumothorax provoqué comme temps préliminaire de toute intervention sur le poumon lorsqu'il n'existe pas d'adhérences pleurales. — *Arch. méd. d'Angers*, 1901, V, 568-576, 1 *fig.*

L'observation dont il s'agit met en relief les points suivants au point de vue opératoire : 1° l'innocuité absolue de provoquer lentement en plèvre saine un pneumo-thorax destiné à permettre l'exploration de la plèvre et du poumon ; 2° l'exploration facile des plèvres et des poumons lorsque le pneumothorax est effectué ; 3° la facilité très grande d'intervenir sur les plèvres diaphragmatique et costale pour enlever le prolongement intra-pleural de la tumeur ; 4° la possibilité de combler l'énorme brèche résultant de l'ablation de ce prolongement de tumeur avec le poumon, dont une grande partie de la face postéro-latérale se trouve extériorisée, en suturant la plèvre pariétale au poumon, ainsi que la plèvre diaphragmatique ; 5° la possibilité de rétablir les fonctions du diaphragme en suturant ce muscle et sa plèvre diaphragmatique au bord du poumon ; 6° la facilité d'enlever avec un appareil aspirateur l'air contenu dans la cavité pleurale reconstituée par la suture de la brèche pleurale sur le poumon. Au point de vue physiologique, cette observation démontre le rétablissement progressif de la respiration malgré l'existence d'un pneumothorax, et, après l'opération, l'absence de tout accident respiratoire.

VI. — CHIRURGIE DE L'ABDOMEN.

44. Etude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales. [*Revue générale*]. — *Gaz. d., Hôp.*, Paris, 1888, XLVII, 97-104.

Après avoir rappelé deux anciens procédés, ceux de Luton et de Wood, l'auteur examine sommairement les principales conditions qui président à la formation des hernies, et tire de son étude pathogénique les cinq indications suivantes, que l'opération, dit-il, doit remplir, sous peine d'être incomplète, et par suite insuffisante : 1° supprimer le sac et toute amorce qui pourrait devenir le point de départ d'une nouvelle hernie ; 2° combler l'anneau, dont la présence amène forcément en un point circonscrit de la paroi un défaut de résistance, d'où la tendance à la formation d'une nouvelle amorce ; 3° Diminuer autant que possible la pression intra-abdominale ; 4° supprimer l'influence nuisible de l'épiploon ; 5° remédier à la faiblesse générale de la paroi. M. Delagénière passe ensuite en revue les principaux procédés employés, les décrit, les discute et conclut ainsi : 1° l'opération, pour être efficace, doit remplir certaines conditions qui sont imposées par l'étude de la pathogénie des hernies ; 2° les procédés sous-cutanés, y compris celui de Wood, ne peuvent pas remplir les indications, et, *a priori*, doivent être rejetés comme insuffisants. En outre, au point de vue opératoire, ils présentent une difficulté et un danger aussi grands que les procédés actuels pour la dissection du sac; enfin, pour les cas d'adhérences des organes contenus dans le sac, ils exposent à des désastres ; 3° cependant, une réserve doit être faite en faveur du procédé de Luton qu'on pourra employer dans certains cas de hernies inguinales chez les enfants ; 4° les procédés par ouverture, dissection et réduction du sac, peuvent seuls remplir les indications théoriques et permettre de reconnaître et de combattre les complications telles qu'adhérences, etc..... ; 5° ces procédés, au point de vue pratique, ont fait leurs preuves ; 6° parmi tous ceux qui ont été préconisés, ceux de Ball, Macewen, Banks et Lucas-Championnière sont les plus parfaits ; 7° ce dernier surtout résout les données du problème. Il est en outre plus simple et d'une exécution plus sûre que les autres ; 8° c'est donc à lui qu'il convient d'avoir recours pour les hernies inguinales ainsi que pour les hernies crurales.

45. Hernie inguinale gauche étranglée. Kélotomie. Cure radicale après débridement à ciel ouvert. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1889, LXIV, 596-599.

L'examen de la pièce présentée à la Société anatomique provenant d'un homme de 42 ans mort d'artério-sclérose généralisée onze jours après l'opération,

permet les conclusions suivantes : 1° le débridement large, à ciel ouvert, de l'anneau, est d'une exécution facile et d'une sécurité plus grande que le petit débridement aveugle pratiqué avec le bistouri boutonné; 2° ce débridement présente l'avantage sérieux de rendre facile la réduction du contenu de la hernie et d'éviter ainsi des manœuvres souvent dangereuses quand elles sont exécutées sur un intestin malade ; 3° l'ouverture abdominale que l'on obtient par ce débridement n'est pas incompatible avec l'occlusion parfaite de la séreuse pour obtenir la cure radicale de la hernie inguinale; 4° cette cure radicale peut même être obtenue d'une façon parfaite à la condition de décoller la séreuse tout autour de la petite ouverture abdominale ; de la lier en bourse en en enlevant le plus possible; enfin de réunir les surfaces cruentées (anneau et paroi) au moyen de sutures perdues.

46. Sur un cas de hernie inguinale avec ectopie testiculaire ayant déterminé l'hystérie, l'éthéromanie et l'alcoolisme chez un homme de 32 ans. Guérison par la cure radicale de la hernie. — *Bull. gén. de Thérap.*, Paris, 1895, CXXIX, 193-202.

L'auteur rappelle les accidents nerveux auxquels peuvent donner lieu les névralgies testiculaires, et il pose la question de savoir si le testicule douloureux peut, à lui seul, déterminer l'hystérie chez un sujet non prédisposé et nullement en puissance de la névrose. Suit l'observation d'un homme de 32 ans, atteint de hernie inguinale congénitale avec ectopie testiculaire, qui, à la suite des douleurs provoquées par cette hernie, devint hystérique. Le testicule ectopié était d'une hyperalgésie telle que la pression au niveau de la hernie provoquait instantanément une attaque paroxystique de grande hystérie convulsive. A la suite des souffrances qu'il endurait, cet homme était devenu alcoolique et éthéromane. Pas d'antécédents héréditaires. L'intervention chirurgicale a lieu le 1er septembre 1894. Le malade a, dans la même journée, une crise de *delirium tremens*. Le 16 septembre, il était guéri. Depuis, les accidents nerveux ont complètement disparu, de même que l'éthéromanie et l'alcoolisme. Il y a donc lieu de se demander, dit M. Delagénière dans ses conclusions, si cet homme n'est pas devenu hystérique du fait même de sa hernie ayant amené des phénomènes douloureux du côté de son testicule en ectopie. Le malade n'a-t-il pas guéri radicalement après son opération ? A ces questions, l'auteur répond affirmativement.

L'intoxication, par l'alcool et par l'éther, postérieure aux premiers phénomènes hystériformes présentés par le malade n'a pas créé, mais accru les symptômes d'hystérie.

47. Considérations cliniques et thérapeutiques sur 11 cas de hernies gangrénées opérées en 1897. — *Arch. méd. d'Angers*, 1898, II, 233-236.

Ces 11 cas se répartissent ainsi : hernies crurales, 8 ; hernies inguinales, 2 ; hernie ombilicale, 1. De l'étude de ces cas, et des interventions qu'ils ont provoquées, l'auteur tire les conclusions suivantes: le traitement direct de l'anse malade est incontestablement supérieur à l'antique coutume de créer, en pareille circons-

tance, un anus contre-nature (mortalité très diminuée, suppression des inconvénients de l'anus contre-nature et des opérations ultérieures qu'il nécessite). On doit pratiquer la cure radicale de la hernie après résection de l'anse suturée. En quoi consiste le traitement direct? On peut considérer trois cas: 1° la gangrène occupe une petite surface limitée à un côté de l'anse d'intestin. Il suffira alors d'invaginer cette portion intestinale dans l'intérieur du cylindre intestinal et de suturer pardessus, à trois plans, les portions vivantes de l'anse. M. Delagénière a eu ainsi cinq succès sur cinq; 2° il y a une perforation unique. On doit alors recourir à une résection totale et systématique de l'anse gangrenée tout entière, si les déformations post-opératoires menacent d'être importantes. Sinon, on peut exciser les bords de la perforation, afin de pouvoir suturer en plein tissus vivants; 3° l'anse entière est gangrenée, avec ou sans perforations. Dans ces cas, l'indication précise est de réséquer largement toutes les parties sphacélées, puis de suturer l'intestin bout à bout. A ce propos, l'auteur se prononce contre l'emploi du bouton de Murphy d'une façon générale pour tous les cas de suture et d'anastomoses intestinales. Il donne la préférence à la suture circulaire à trois plans qui lui a procuré deux succès sur trois interventions.

48. Nouveau procédé de cure radicale de la hernie crurale. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 61-76. — *Ann. de Chir. et d'Orthop.*, Paris, 1896, IX, 133-136.

Ce procédé est applicable aux hernies de volume moyen. Incision de 8 centimètres parallèle au canal crural. Dissection et ouverture du sac. Vérification de son contenu. Réduction de l'intestin avec section de l'épiploon. Puis section de l'arcade crurale totale dans l'étendue de 3 centimètres. Décollement du collet et du péritoine pariétal pour pédiculiser le sac. Ligature et résection de ce sac. Les chefs de la ligature sont alors repassés sous l'arcade au niveau de sa section et ressortent à travers le grand oblique, de façon à relever en haut la surface de section du pédicule. Ils sont noués. L'arcade crurale est suturée verticalement avec l'aponévrose du pectiné, de façon à effacer l'orifice de l'anneau crural, puis la peau est réunie avec ou sans drainage. (*Revue Sc. Méd.*, Paris, 1896, XLVIII, fasc. I, 235).

49. Nouvelle technique de drainage de la cavité péritonéale. - *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1898, XXIV, 358.

Le drainage de la cavité péritonéale s'est fait jusqu'ici soit à l'aide de drains en verre, soit avec des drains en caoutchouc, soit enfin d'après le procédé de Mikulicz. L'auteur a recours, depuis quelque temps, à un nouveau mode de drainage, qui lui a donné les meilleurs résultats, et dans lequel il emploie des tubes en nickel, percés de trous munis d'un rebord plat pour éviter leur disparition dans la plaie, et dont les dimensions varient de 8 à 12 centimètres pour la longueur, de 15 à 20 millimètres pour le calibre. Dans ces tubes, l'auteur introduit une mèche de coton hydrophile qui agit à la façon de la mèche d'une lampe à alcool. (*Semaine méd.*, Paris, 1898, N° 19, p. 148).

A. — CHIRURGIE DE L'ESTOMAC.

50. Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie pratiquée pour parer aux accidents d'un cancer de l'œsophage. — *Rev. de Chir.*, Paris, 1890, X, 198-216. En collaboration avec le Pr Terrier.

Les auteurs exposent d'abord l'observation qui a donné lieu à leur travail, décrivent l'opération, et terminent cette partie de leur communication par les résultats de l'autopsie. Ils font les remarques suivantes : 1° l'opération en elle-même a présenté une bénignité absolue ; 2° le soulagement a été immédiat ; 3° Le traitement de la plaie opératoire a été des plus simples et des plus faciles ; 3° l'obturation complète de la fistule gastrique est très difficile à faire ; 4° le résultat de cette opération est bon. On peut ranger sous deux chefs les conditions que doit remplir l'opération pour obtenir, d'une façon presque certaine, un résultat satisfaisant : 1° le moment où l'on intervient ; 2° la manière d'opérer et de panser le malade. Après avoir fait connaître les opinions qui ont divisé les chirurgiens, les auteurs disent qu'il faut intervenir de bonne heure. Ils passent ensuite au *Manuel opératoire*, et rappellent les différentes méthodes qui ont été préconisées ; quant *au moment d'ouvrir l'estomac*, ils se prononcent pour l'ouverture immédiate (opération en un seul temps.) Ils terminent leur travail par l'étude des *soins* à donner à la plaie opératoire (ne pas appliquer de collodion sur la paroi), ils conseillent d'appliquer autour du tube des sachets de *carbonate de magnésie* qui agit sur la petite quantité de suc gastrique qui s'écoule. A quel moment doit-on commencer l'alimentation ? Au moment où l'effet du chloroforme ne se fait plus sentir et où il n'y a plus d'efforts de vomissements.

51. De l'exploration intrastomacale. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1897, n. s., XXIII, 200-205. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1897, VI. 258-262.

L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de 3 ans qui présentait un rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ingestion de 2 ou 3 gorgées de potasse caustique, et à laquelle il pratiqua la laparotomie. Au cours de l'opération, il constata que le cardia était uni au pylore par une bande fibreuse qui fut sectionnée ; puis, avec une bougie n° 8, il fit le cathétérisme rétrograde. Une bouche stomacale fut maintenue et la dilatation progressive continuée. Actuellement l'enfant peut s'alimenter par la bouche et la fistulette stomacale ne la gêne pas. L'auteur croit que, dans les cas difficiles, où l'on hésite sur le siège des lésions stomacales, il est utile de pratiquer l'exploration intra-stomacale qui permet d'explorer le cardia et le pylore. (*Revue de Gynéc. et de Chir. abdom.*, Paris, 1897, I, 743-744).

52. Les avantages de la voie endo-stomacale par le traitement des rétrécissements infranchissables de l'œsophage. — *Congr. franç. de Chir.*, Paris, 1903, 21 oct,, 304.

Cette méthode est relativement simple et susceptible de donner d'excellents résultats. Elle permet une exploration complète de l'estomac. Le cathétérisme de l'œsophage est facile de bas en haut alors qu'il était impossible de haut en bas, ce qui s'explique par la dilatation ampullaire qui précède ordinairement tous les rétrécissements de l'œsophage. L'installation d'une sonde œsophagienne est utile pour permettre de nourrir le malade les premiers jours, sans défaire son pansement et pour préparer la dilatation en ramollissant le rétrécissement. L'établissement d'une fistule gastrique est indispensable, dans tous les cas, pour nourrir le malade d'une façon définitive, si le rétrécissement est incurable, pour le nourrir pendant la dilatation, dans le cas contraire. La dilatation, utile seulement dans les rétrécissements cicatriciels, doit être lente et progressive et pratiquée exclusivement avec des bougies en gomme. (*Progrès méd.*, Paris, 1903, deuxième sem., XVIII, 409).

53. De la voie endo-stomacale pour pratiquer le cathétérisme de l'œsophage dans les cas de rétrécissements infranchissables. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1904, janv., n° 1, 30-36. — Tiré à part, broch. in-8, 7 p.

L'auteur rapporte deux cas de rétrécissements infranchissables de l'œsophage. Chez le premier malade, le rétrécissement était sans doute de nature cancéreuse. Gastrotomie; établissement d'une sonde œsophagienne à demeure et gastrostomie... Mort. — Obs. II. Rétrécissement cicatriciel devenu infranchissable; gastrotomie exploratrice; établissement d'une sonde œsophagienne à demeure et gastrostomie. Guérison. L'auteur a pu se rendre compte de l'efficacité et de la facilité de l'exploration intra-stomacale pour l'examen des orifices de l'estomac et de la surface interne de la muqueuse.

54. Cancer du pylore généralisé, gastro-entérostomie postérieure. — *Bull. Soc. de Chir.* de Paris, 1892, n° 1, XVIII, 683-687.

De cette observation, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° nécessité absolue d'intervenir de bonne heure, avant que le malade n'arrive à la période de cachexie; c'est-à-dire aussitôt que le diagnostic de rétrécissements du pylore peut être établi; 2° opportunité d'un lavage préalable de l'estomac; 3° possibilité de pratiquer l'anastomose postérieure, malgré des adhérences multiples de l'estomac et de l'épiploon, en faisant une ouverture à travers ce dernier; 4° difficulté de la recherche de l'anse intestinale, malgré les repères classiques; 5° utilité possible de maintenir l'écartement des lèvres de la fistule, au moyen d'une virole ou d'un tube à drainage.

55. Pylorectomie pour cancer. Observation. — *Arch. méd. d'Angers*, 1899, 20 juillet, N° 7, 309-314.

Si la question de la chirurgie de l'estomac a fait un pas en avant, l'auteur constate que le désaccord existe toujours quand il s'agit des indications. Pour lui, il est incontestable que l'opération doit être conseillée dans tous les cas de sténose non cancéreuse incurable ; mais il la préconise également dans quelques cas de cancer encore limités et par conséquent opérables, où elle peut rendre les plus grands services. Le cancer de l'estomac a une évolution très lente ; et, au début, le diagnostic ne peut pas être fait d'une façon certaine. Il en résulte que les médecins ne font le diagnostic de cancer que lorsqu'ils ont la tumeur, pour ainsi dire, dans la main ; mais, à ce moment, le néoplasme a pris de telles proportions que son extirpation complète est très problématique. La faute revient donc, non aux chirurgiens, mais aux médecins. Le médecin qui soigne une gastrite résistant aux traitements médicaux doit donc considérer que son malade est du ressort de la chirurgie et ne pas continuer à le soigner. — L'auteur fait suivre ces observations de l'exposé sommaire d'un cas de cancer du pylore, chez lequel il fit la pylorectomie et la résection d'une portion envahie du pancréas ; il y eut ensuite suture de l'estomac au duodénum et guérison.

56. Le rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif aux brûlures et son traitement. [Discussion]. — Xe *Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1896, p. 433.

L'auteur dit qu'il a dû pratiquer une gastro-entérostomie chez une jeune fille qui avait avalé un liquide caustique. Il a eu recours à l'emploi des boutons anastomotiques; il les a tous essayés, et il est bien décidé à n'en plus jamais employer aucun.

B. — CHIRURGIE DE L'INTESTIN.

57. Occlusion intestinale aiguë par bride dans un ancien foyer d'appendicite. Laparotomie; guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1898, II, 450-453.

Il s'agit d'un malade qui, cinq années auparavant, avait eu une crise d'appendicite avec péritonite localisée. Douleur fréquente depuis un an dans la fosse iliaque droite; enfin, à la suite de fatigues, il présente les symptômes de l'occlusion intestinale. On intervient le 1[er] septembre 1898. On ne trouve aucune trace de l'appendice. On lève l'obstacle en coupant aux ciseaux la bride très épaisse, qui pince l'intestin et l'on sent l'anse distendue revenir sur elle-même. On dégage avec le doigt le cæcum des adhérences qui l'entourent. Guérison au dix-neuvième jour. Cette observation met en relief un accident éloigné d'une appendicite considérée comme guérie; elle démontre aussi la difficulté de certains diagnostics différentiels entre l'appendicite et l'occlusion intestinale. L'appendicite perforante s'accompagne habituellement de péritonite aiguë généralisée; début brusque, douleur s'irradiant rapidement à tout le ventre, météorisme précoce, vomissements bilieux, élévation thermique peu considérable, et en général quelques frissons au début. Dans l'occlusion intestinale, le début est moins franc, les douleurs restent plus longtemps localisées, le météorisme est moins considérable, les vomissements sont bientôt fécaloïdes; il n'y a pas d'élévation de température, mais au contraire de l'hypothermie. Mais, bien des fois, le diagnostic sera impossible à faire, car il arrive que les deux affections se confondent. Cependant, le diagnostic est de la plus haute importance, car, en présence d'une occlusion intestinale, l'intervention, pour être suivie de succès, doit suivre le plus près possible le début des accidents.

58. De l'anastomose termino-latérale de l'intestin après résection. Une observation. — *Archives méd. d'Angers*, 1902, VI, 32-34.

L'auteur a eu à opérer un homme de 78 ans pour hernie inguinale étranglée qui, une fois le sac herniaire ouvert, présentait une anse d'intestin gangrenée. Il fallut réséquer l'anse malade et le mésentère qui lui adhérait, puis faire une suture terminale des deux bouts puis une anastomose aux deux extrémités intestinales à deux plans de suture, absolument comme s'il s'agissait d'une gastro-entérostomie, mais en donnant à la bouche intestinale une étendue un peu plus grande que le diamètre de l'intestin, afin qu'il n'y ait pas en cet endroit de point rétréci. L'intestin ainsi traité fut réduit dans la cavité péritonéale; puis on termina en faisant la cure radicale par le procédé de Bassini. Les suites opératoires ont été des plus simples et la guérison prompte.

59. Etude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros intestin [*Revue générale*]. — *Gaz. d. Hôp.*, Paris, 1887, IX, 653-657.

Par tumeurs du gros intestin, l'auteur entend seulement celles qu'on rencontre depuis le cœcum jusqu'à la terminaison de l'S iliaque inclusivement. Il cite les différentes sortes de tumeurs, bénignes ou malignes, qu'on rencontre. Dans un second chapitre, après avoir rappelé le traitement médical du cancer de l'intestin, M. Delagénière en arrive au traitement chirurgical ; il décrit d'abord les opérations palliatives (entérotomie ou entérostomie, colostomie, l'anastomose intestinale), puis ensuite il décrit la méthode de Volkmann, celle de Madelung, le procédé préconisé par M. Reclus, la méthode de Reybard, et la cæcumectomie de Billroth. Après une étude statistique et raisonnée des différents procédés, l'auteur tire les conclusions suivantes de son travail. Si le malade est dans un état profond de collapsus, s'il présente les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë, l'intervention radicale est contre-indiquée ; on pratiquera alors la colotomie iliaque ou lombaire, et on soumettra le malade au traitement médical. De même quand la tumeur sera généralisée dans plusieurs organes. L'intervention radicale paraît devoir être tentée dans les cas suivants : 1° tumeur petite, mobile, siégeant sur l'S iliaque ou sur la partie inférieure du côlon descendant. Si son invagination est possible, agir comme Nicolaysen ; si elle ne l'est pas, recourir au procédé de Volkmann ; 2° tumeur plus ou moins volumineuse, pouvant même présenter des adhérences. Il faut alors, après son ablation, établir un anus artificiel temporaire, que l'on cherchera à guérir plus tard, ou bien pratiquer l'opération de Reybard, en fixant l'endroit suturé de l'intestin à la paroi abdominale ; 3° la tumeur est très volumineuse, et après son ablation, les deux bouts de l'intestin ne peuvent pas être amenés au contact : employer, dans ce cas seulement, le procédé de Madelung, et encore en fixant à la plaie cutanée le bout inférieur suturé ; 4° tumeur siégeant sur le cæcum ; on ne peut faire que la cæcumectomie, en prenant la précaution de tenir rapproché de la plaie abdominale l'endroit de l'intestin sur lequel aura porté l'entérorrhaphie.

60. Appendicite perforante ; diagnostic différentiel de l'appendicite et de la typhlite. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 173-176.

L'auteur présente à la Société de Médecine d'Angers un appendice vermiforme, qui porte une perforation causée par un petit caillou arrondi, ayant à peu près la forme et le volume d'une lentille. Le malade, âgé de 40 ans, avait présenté, depuis deux ans, des crises d'appendicite. Il n'avait pas voulu se faire pratiquer la résection à froid. A la suite d'une crise plus violente que d'habitude, le malade tomba dans le collapsus. On tenta l'opération. Le malade succomba le lendemain. Il s'agit donc ici d'une appendicite récidivante par corps étrangers, et devenue perforante après plusieurs attaques. Le corps étranger paraît avoir séjourné dans l'appendice pendant près de deux ans, et le diagnostic d'appendicite était évident. On a dit que, la plupart du temps, la typhlite et l'appendicite sont confondues, la première précédant et engendrant la seconde. M. Delagénière combat cette opinion, la typhlite et l'appendicite, dit-il, sont deux maladies distinctes, que l'on peut diagnostiquer et différencier presque toujours ; le traitement de ces affections diffère essentiellement. Pour établir le diagnostic (l'appendicite perforante avec péritonite diffuse ou localisée, étant mise à part, car le diagnostic en est aisé), il faut s'appuyer sur :

1° l'étude des commémoratifs. Dans l'appendicite, la douleur initiale est très vive, éclate brusquement, et s'éteint peu à peu, à mesure qu'apparaissent les symptômes péritonéaux, qui existent toujours, plus ou moins intenses. Le mal se montre chez des personnes en pleine santé, ou qui souvent, ont présenté des accidents analogues. Dans la typhlite, la douleur est sourde et progressive, s'étendant de la fosse iliaque droite au rebord des fausses côtes du même côté, restant fixé ; rarement il existe des symptômes péritonéaux, qui, d'ailleurs, sont toujours peu accusés. La typhlite est la maladie des dyspeptiques, des rhumatisants, des sédentaires, et des constipés; 2° l'examen local ; si la péritonite existe, elle suffit, pour ainsi dire, pour faire conclure à une appendicite. On diagnostiquera une appendicite si la douleur siège au point de Mac Burney ; si une pression exercée en ce point avec le bout du doigt exaspère cette douleur ; et si, en déprimant doucement et profondément la paroi avec le bout du doigt, et en la déplaçant sur les parois profondes, on ne trouve rien, ou un petit nodule induré, ou encore une petite masse résistante. On conclue à la typhlite si la douleur est diffuse, sourde, occupe toute la région du cæcum et du côlon ascendant, si la fosse iliaque est engagée. On y trouve souvent une tumeur pâteuse, en forme de boudin, constituée par l'intestin distendu par des matières fécales.

61. Appendicite et pyosalpingites bilatérales ; résection de l'appendice et double salpingo-oophorectomie ; guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, mars 20, 130-132.

L'auteur publie sous ce titre une observation intéressante. Il s'agit d'une malade, âgée de 23 ans, dont la sœur est morte de la tuberculose pulmonaire ; ordinairement, bien portante, cette malade eut une fausse couche il y a trois ans, et un enfant il y a dix-neuf mois Depuis les couches, le ventre est resté douloureux au moment des règles et aussi entre les règles ; la marche était très pénible. A deux ou trois reprises, la malade ressentit des douleurs vives dans le côté droit du ventre. Le 12 juin, elle est prise subitement d'une douleur atroce dans le côté droit, avec ballonnement et vomissements. Le 15 juin l'auteur constate chez la malade la présence de salpingites bilatérales avec adhérences pelviennes et foyer collecté à droite. Le 5 juillet, on trouve de l'empâtement au-dessus de l'arcade crurale droite ; au toucher, l'utérus est immobilisé ; le cul-de-sac gauche présente de l'empâtement douloureux. Le 6 juillet 1896, opération. Incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ. L'épiploon adhère à la paroi et au péritoine de la fosse iliaque droite, l'utérus et les annexes sont recouverts par des anses intestinales agglutinées ; ces anses sont décollées de leurs adhérences puis refoulées vers le diaphragme, les annexes gauches sont isolées et excisées ; l'utérus est isolé, les annexes sont recherchées dans un magna d'adhérences où se porte l'épiploon ; l'épiploon est sectionné et lié, les annexes droites sont réséquées. Revenant ensuite vers la partie inférieure de la fosse iliaque, on isole avec grand soin une anse d'intestin grêle comprise dans les adhérences. Au-dessous de cette anse, existe un foyer suppuré au centre duquel on perçoit l'appendice. Cet appendice est perforé à son extrémité. On le résèque sur deux rangs de sutures. Le petit bassin est nettoyé avec soin, le cul-de-sac de Douglas drainé, la paroi fermée. L'opération dura une heure dix minutes et fut suivie d'une guérison sans incident. L'auteur fait suivre cette observation de quelques réflexions sur l'utilité d'avoir présente à l'esprit la coïncidence de l'appendicite et des affections septiques des annexes pour pouvoir, au moment de l'opération, choisir la voie abdominale de préférence à la voie vaginale et explorer méthodiquement la région cæcale. (*Presse méd.*, Paris, 1897, mai 26, n° 43, 242).

62. Des relations de l'appendicite et des affections septiques de annexes. — *Assoc. franç. de Chir., Proc.-verb.*, Paris, 1897, XI, 903-923. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 133-134.

L'appendicite est fréquente chez la femme atteinte de lésions des annexes. Elle passe souvent inaperçue en raison des symptômes prédominants des salpingites. Pendant l'opération, elle peut être laissée de côté à cause de la disproportion des lésions qu'elle occasionne par rapport à celles des annexites, surtout quand celles-ci sont suppurées. Cette appendicite constitue une affection spéciale dont l'histoire doit être différenciée de celle de l'appendicite ordinaire. Elle peut être diagnostiquée ou tout au moins soupçonnée, et, dans ce cas, elle commande l'intervention radicale non seulement pour remédier aux affections des annexes, mais aussi pour permettre la résection de l'appendice qui est la cause principale des insuccès post-opératoires observés après la simple castration. Pour cette opération mixte, la voie abdominale est la plus rationnelle, étant la seule qui permette l'examen facile de l'appendice et sa résection. Au cours de l'intervention, il ne sera pas exceptionnel de rencontrer des lésions annexielles prépondérantes à droite ou même limitées de ce côté. (*Semaine méd.*, Paris, 1897, XVII, 404).

63. De l'appendicite dans les affections de l'utérus et des annexes. — *XIIIe Congr. internat. de Méd.*, Paris, 1900, 2-9. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1900, liv. 440-447. — *La Gynécologie*, Paris 1900, v, 506-512.

En 1897, au Congrès de Chirurgie, l'auteur avait attiré l'attention sur ce point, et admis l'origine intestinale des appendicites dans ces cas. Aujourd'hui, l'auteur apporte 26 cas nouveaux, qui lui permettent d'étendre la question. Il s'agit, comme dans toute appendicite, d'une folliculite infectieuse. La folliculite est le plus souvent préparée par l'inflammation péritonéale, due à l'annexite ou à l'affection de l'utérus. Cette péritonite amène la constipation, la stase des matières dans l'intestin, puis la colite, la typhlite, et, enfin l'appendicite. A cette cause, qui est la plus fréquente, il faut ajouter l'infection des follicules par la circulation, dans certains cas, d'annexites infectieuses. Enfin, s'il est beaucoup plus fréquent de voir l'appendicite consécutive à l'annexite, on peut voir aussi certaines formes de suppurations pelviennes consécutives des appendicites suppurées. Suppurations pelviennes et non annexites, les annexes, dans ces cas, n'ayant présenté que des lésions superficielles et de propagation péritonéale. L'auteur a trouvé toutes les formes d'appendicites : folliculaires, aiguës et chroniques ; le foyer suppuré quand il existait, arrivait au contact des annexes droites et était encore séparé du Douglas par l'anse oméga. Dans certains cas, l'extrémité de l'appendice paraissait simplement enfouie dans des adhérences venant des annexes. Les symptômes de l'appendicite dans les annexites se confondent avec ceux des annexites en général. Lorsqu'il s'agit de tumeurs utérines, le diagnostic est plus facile, les signes étant ceux de l'appendicite ordinaire. L'auteur a rencontré, dans un grand nombre d'observations, les crises d'appendicite éclatant au moment des règles. Dans cette forme, le siège à droite de la lésion, les antécédents gastriques et l'état gastrique actuel permettront seuls de faire le diagnostic. Comme dans toute appendicite, on ne peut prévoir comment se comportera la crise présente. Toutes les complications habituelles des appendicites sont à craindre. On devra donc, dès que le diagnostic sera porté,

conseiller l'opération immédiate ; dans le cas de doute, l'opération immédiate sera encore indiquée, car l'attente ne peut rien faire gagner à la malade. L'opération consistera en une laparotomie médiane, l'ablation des annexes malades et de l'appendice, et, s'il existe un foyer suppuré, le drainage direct de ce foyer par une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite. (*Presse méd.*, Paris, 1900, II, 174).

64. De l'appendicite. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, Nos 7, juillet, et No 8, août 1900. — Tiré à part in-8, Paris, *Inst. de Bibl. scient.* 88 p., 34 fig., 3 tabl.

Dans cet important et long travail, l'auteur, avant d'aborder l'étude d'ensemble sur l'inflammation de l'appendice cæcal ou appendicite, a voulu se faire une opinion personnelle sur cette affection, en recueillant et classant les faits de sa pratique.



Fig. 5. — Appendicite folliculaire aigue (Coupe).

Depuis avril 1892, date de sa première appendicectomie, il a pratiqué 122 fois l'opération : 62 cas d'appendicites aiguës, 27 cas d'appendicites chroniques, 33 cas d'appendicites liées à des affections des annexes ou de l'utérus. Il en résulte à priori que l'appendicite se rencontre beaucoup plus souvent qu'on ne pense dans les affections des annexes; et l'auteur se demande même si certaines suppurations pelviennes n'ont pas leur origine dans une appendicite suppurée.

65. De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë; indications opératoires et résultats. — *Arch. méd. d'Angers*, 1901, V, 181-183.

Par intervention précoce, il faut entendre l'intervention pratiquée dans les 48 premières heures qui suivent la crise aiguë du début. La formule, si claire et si nette,

du Pr Terrier, opérer *toujours et tout de suite*, ne trouve nulle part son indication aussi



Fig. 6. — Appendicite à abcès interstitiels sous muqueux.

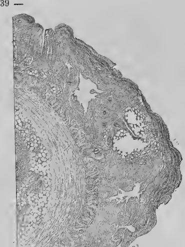
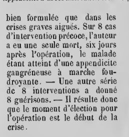


Fig. 7. — Coupe d'appendicite avec abcès péritonéal et perforation.

bien formulée que dans les crises graves aiguës. Sur 8 cas d'intervention précoce, l'auteur a eu une seule mort, six jours après l'opération, le malade étant atteint d'une appendicite gangréneuse à marche foudroyante. — Une autre série de 8 interventions a donné 8 guérisons. — Il résulte donc que le moment d'élection pour l'opération est le début de la crise.



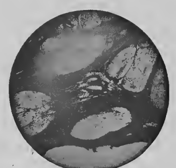


Fig. 8. — Coupe d'appendicite oblitérante [Photographie de M. Hamon du Fougeray, Le Mans].

C. — CHIRURGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES.

66. De la cholécystentérostomie, ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin [*Thèse inaugurale*]. — Paris, Steinheil., éditeur, 1890, in-8°, *fig.*

L'auteur débute en faisant remarquer que la cholécystentérostomie constitue un grand progrès dans la chirurgie du foie et des voies biliaires; elle peut être considérée comme étant la plus complète des opérations pratiquées sur les voies biliaires. Des considérations anatomiques, il tire cette conséquence : que cette opération est pratiquable; que l'anastomose peut être créée entre le côlon, le duodénum, ou l'intestin grêle. La physiologie montre que cette intervention est des plus rationnelles, puisqu'elle consiste à établir ou à assurer l'arrivée de la bile dans l'intestin. De nombreux cas en sont justiciables (lithiase biliaire); à un point de vue général, la plupart des cas d'occlusion du canal cystique, tous ceux d'occlusion du canal cholédoque. Selon M. Delagénière, cette opération peut être employée aussi dans les cas d'hydropisie de la vésicule biliaire due à l'occlusion du canal cystique, et dans ceux de fistules externes persistantes. Dans ce dernier cas, la cholécystentérostomie sera presque toujours secondaire à la cholécystotomie. L'auteur étudie ensuite le manuel opératoire. Au sujet des incisions, il donne la préférence à l'incision médiane, permettant de découvrir facilement le duodénum. Il conseille l'abouchement de la vésicule dans le duodénum, qui contient moins de microbes que le côlon et l'intestin grêle, et qui permet à la bile de se répandre dans toute l'étendue de l'intestin. Si l'abouchement ne peut se faire dans le duodénum, il faut prendre une anse d'intestin grêle voisine de la vésicule. Dans aucun cas, il ne faudra établir de fistule dans le côlon. L'auteur indique les deux façons de faire l'anastomose des deux organes; il étudie ensuite les résultats de l'opération, qui aura pour but de créer une fistule permanente entre la vésicule et l'intestin. — En terminant, il rappelle que c'est à M. le Pr Terrier que revient l'honneur d'avoir fait avec succès la première fistule duodéno-cystique en France.

67. Cathétérisme des voies biliaires pour un cas de lithiase biliaire. Guérison. — *Cong. franc. de Chir.*, Paris, 1892, 6e sess., 187.

L'auteur donne le résumé d'un fait, qui présente un double intérêt : 1° plus de huit mois après l'opération, la malade continue à se porter parfaitement; 2° après l'opération, le cours de la bile a été rétabli vers l'intestin, à la suite d'une série de

cathétérismes pratiqués par l'orifice de la cholécystostomie. — Il s'agit d'une femme de 42 ans, atteinte depuis dix-huit mois d'accidents de lithiase biliaire. Cachexie, ictère prononcé, urines acajou, selles décolorées. Opération pratiquée le 1er août 1891 : cholécystostomie à fixation première et incision dernière. La vésicule une fois ouverte, on en retire plusieurs calculs ; puis on saisit entre les mors d'une pince un autre calcul qui paraît enclavé dans l'origine du canal cholédoque, et on l'écrase sur place. Le 10 août, la bile s'écoulant encore par la fistule, M. Delagénière pratique une séance de cathétérisme au moyen d'une sonde Béniqué n° 24, armée d'un bout de bougie conductrice, long de 7 centimètres. Le 11 août, nouvelle séance de cathétérisme, qui est répétée encore 5 fois, jusqu'à ce que l'écoulement de la bile se fasse entièrement dans l'intestin, résultat qui a été obtenu après la septième séance de cathétérisme.

68. Chirurgie des voies biliaires. Nécessité du drainage par les voies biliaires accessoires dans les opérations pratiquées, aussi bien sur les voies biliaires principales que sur les voies biliaires accessoires. — *XIIe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1898, in-8°, p. 378.

L'auteur a déjà eu l'occasion d'attirer l'attention sur le drainage des voies biliaires accessoires comme moyen de désinfection des voies biliaires, et il a exposé sa technique personnelle, consistant à faire l'abouchement de la vésicule à travers le muscle droit, sur l'aponévrose antérieure même du muscle. Aujourd'hui, il apporte les résultats qu'il a obtenus par cette manière de faire dans 10 nouveaux cas de chirurgie biliaire. Il ne s'agit pas seulement de simples cholécystostomies, mais aussi d'opérations complexes, pratiquées sur les voies biliaires principales. Ces 10 observations se répartissent ainsi : Deux cas de cirrhose du foie, avec hépatoptose, pour lesquels l'hépatopexie, puis la cholécystostomie temporaire furent pratiquées avec succès. 1 cas de cirrhose hypertrophique biliaire, où une cholécystostomie simple amena la guérison. 3 cas de lithiase biliaire simple, avec infection des voies biliaires, avec deux guérisons et une mort causée par l'infection préexistante. 1 cas de cysticotomie pour calcul. 2 cas de cholédochotomie ; enfin, un cas d'hépaticolithothripsie après cystico-hépaticotomie interne. Tous les cas suivis de guérison : ce qui porte à un sur dix la mortalité de cette série opératoire. Dans les opérations faites sur les voies biliaires principales, la cholécystostomie agit normalement, en désinfectant les voies biliaires, et en détournant au dehors momentanément le cours de la bile, mais aussi en s'opposant à toute élévation de tension dans les voies biliaires ; en évitant, par conséquent, la rupture des sutures faites pour remédier aux incisions des conduits, et par suite tout écoulement de bile dans le péritoine. Grâce à l'établissement d'une fistule temporaire, on peut donc compter sur l'efficacité des sutures faites sur le canal cholédoque incisé, et dans tous les cas, ces sutures devront être de règle, puisqu'elles ne peuvent pas être nuisibles. Dans certains cas de vésicule atrophiée, on ne peut recourir à cette méthode générale de cholécystostomie temporaire. On doit alors préférer les méthodes directes, ou en cas d'adhérences profondes, créer dans les adhérences un conduit pour l'excrétion momentanée de la bile. Comme on le voit, cette façon de faire n'est pas seulement un procédé opératoire, mais une méthode générale appliquée à tous les cas de chirurgie biliaire. (*Revue de Chir.*, Paris, 1898, XVIII, N° 11 (suppl.), 1123-1124).

69. Technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase. — *Rev. de Gynéc.*, Paris, 1899, III, 127-148, 9 *fig.*

Cette technique constitue non pas un procédé opératoire, mais une méthode ; elle n'est pas applicable à tous les cas, implique certaines conditions telles que la perméabilité du canal cystique, l'existence d'une vésicule suffisamment développée



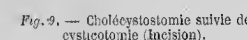


Fig. 9. — Cholécystostomie suivie de cysticotomie (Incision).

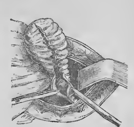


Fig. 10. — Cysticotomie (Suture).

pour être fistulisée ; mais ces conditions se sont rencontrées dans la majorité des cas de l'auteur, 10 fois sur 12.

70. Méthode générale pour intervenir sur les voies biliaires dans les cas de lithiase (12 observations). — *Arch. Méd. d'Angers*, 1899, 20 décemb., n° 12, 553-558; 1900, 20 janv., n° 1, 12-17.

Des cas observés par l'auteur, il résulte que le drainage des voies biliaires est, non seulement utile, mais aussi nécessaire, pour amener une guérison complète et rapide. Tout traitement logique de la lithiase biliaire doit tendre d'abord à la désinfection des voies biliaires. L'infection peut présenter des degrés de virulence très variables, de telle sorte que telle infection peut être combattue et que telle autre résistera à tous les moyens employés. Cette infection et l'augmentation de tension intra-hépatique doivent donc être mises en principe pour diriger toute intervention. L'auteur divise ses observations en trois groupes. Dans le premier, il y a 8 observations pour lesquelles l'opération a porté uniquement sur les voies biliaires. Deux observations ont trait à des opérations pratiquées sur les voies biliaires principales, le canal cholédoque dans l'une, le canal hépatique dans l'autre. Deux observations enfin constituent des opérations d'exception, une cholédochotomie et une cysticotomie. Toutes ces opérations ont eu un résultat heureux, sauf une seule où il y eut mort.

71. Cholécystostomie intrapariétale et transmusculaire ou Cholécystotomie temporaire. 3 observations, 3 guérisons. — *IXe Cong. de Chir.*, Paris, 1895, in-8, 493. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1895, IV, 669.

L'auteur désigne sous ce nom un procédé de cholécystostomie qui consiste à aboucher la vésicule biliaire à l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen à travers une boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du muscle. La vésicule est d'abord isolée de la séreuse péritonéale par une rangée de sutures séro-séreuses. Une boutonnière est alors pratiquée verticalement à 5 ou 6 centimètres du bord libre du muscle droit ; la vésicule est attirée à travers cette boutonnière et main-



Fig. 11. — Cholécystostomie temporaire, préparée.



Fig. 12. — Cholécystostomie temporaire, en voie d'exécution.

tenue en place par une suture qui l'unit à l'aponévrose antérieure du muscle. Enfin, un drain est placé dans la vésicule et la peau est suturée. On munit ainsi l'orifice vésiculaire d'un sphincter contractile, destiné à assuser la fermeture de la fistule après suppression du drain.

L'auteur a pratiqué trois fois cette opération, avec un plein succès. L'étude des trois malades permet de formuler les conclusions suivantes au sujet des avantages du procédé : l'opération présente la plus grande sécurité possible, puisque la séreuse est complètement et parfaitement isolée de la bouche biliaire. Elle n'expose pas les opérés aux tiraillements exercés sur la vésicule et le foie, comme cela a lieu dans les fixations à la peau. Le drain placé dans la vésicule permet l'écoulement au dehors de la bile et des liquides que peut contenir la vésicule, et il peut servir à surveiller l'état des voies biliaires et à désinfecter la vésicule. Lorsque les fonctions sont devenues normales, on retire le drain ; l'ouverture faite à la vésicule n'a plus de raison de rester béante, ses bords se rapprochant à la manière d'une soupape prête à s'ouvrir si la tension augmente dans les voies biliaires. (*Semaine méd.*, Paris, 1895, XV, 457-458).

72. Trente-cinq calculs biliaires enlevés par la cholécystostomie de la vésicule biliaire, du canal cystique et du canal cholédoque. Guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 537.

Malade de 39 ans, ayant présenté des accidents de lithiase biliaire, et en proie à des accidents graves au moment où l'auteur l'examina : fièvre intense, affaissement considérable, vomissements incoercibles, ictère des plus prononcés, etc... La laparotomie est pratiquée le 23 avril 1897. La vésicule était remplie de calculs; des calculs distendaient le canal cystique ; deux autres s'étaient engagés dans le canal cholédoque. Ces derniers furent extraits en introduisant dans le cholédoque une sonde de Nélaton et en faisant passer un courant d'eau sous pression. M. Delagénière termina l'opération en pratiquant une cholécystotomie temporaire par son procédé. Dès l'opération, les symptômes généraux cessèrent. Guérison au bout de vingt jours.

73. Cirrhose hépatique et hépatoptose, hepatopexie et cholecystostomie. Guérison. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1897, n. s. XXIII, 232-237. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1897, VI, 310-316

Une femme de 30 ans, alcoolique avérée et atteinte d'adénite tuberculeuse, commença à perdre l'appétit, puis eut des vomissements ; le ventre se ballonna et bientôt une tumeur volumineuse se manifesta dans la région hépatique. Le 16 janvier 1896, l'auteur pratique une incision verticale de 15 centimètres sur le bord externe du muscle droit ; il trouve un foie gros, congestionné, mobile, à surface œdémateuse, avec des bosselures du volume d'une noix ; le ligament suspenseur était manifestement hypertrophié. Après avoir relevé l'organe et constaté qu'il n'y avait aucun calcul dans les voies biliaires, mais que la vésicule était volumineuse et œdématiée, l'auteur se résout à faire une hépatopexie et une fistule biliaire. La suture du foie est exécutée par une suture spéciale de catgut. Les suites opératoires furent normales ; la malade a actuellement repris l'apparence de la santé, après un régime lacté absolu suivi pendant un an. Elle est devenue enceinte et a accouché normalement. Le foie paraît se trouver à sa place. Cette observation montre qu'une cirrhose du foie sans ictère peut guérir par la cholécystostomie, et, d'autre part, elle prouve l'efficacité réelle de la suture du foie à la paroi abdominale dans l'hépatoptose. L'auteur insiste d'une façon particulière sur le rôle de la fistule biliaire dans ces sortes d'infections, et sur la façon dont on doit concevoir l'hépatopexie pour obtenir une fixation suffisante. L'accouchement est venu démontrer que les sutures conseillées pour la fixation du rein par M. Guyon, sont excellentes également pour le foie. (*Rev. de Chir.*, Paris, XXII, 433).

74. Calcul biliaire extrait par cysticotomie. — *Arch. méd. d'Angers*, 20 février 1898, p. 82-83.

Il s'agit d'un calcul, de la grosseur d'une belle noisette, ovale, régulier, qui s'était enclavé dans le canal cystique d'une femme de 55 ans, et qui fut extrait par cysticotomie, à la Clinique, le 9 novembre 1897. La malade avait eu auparavant des crises hépatiques. Elle fut amenée à la Maison de Santé dans un état très

grave, présentant les symptômes d'une péritonite purulente. L'auteur pratiqua une laparotomie latérale sur le bord du muscle droit qui amena l'issue de 3 litres au moins de pus fétide. Lavage du péritoine et drainage. Cette intervention pratiquée en mai 1897, fut sans effet sur les crises hépatiques. L'absence d'ictère et la constatation de la rupture de la vésicule faite au cours d'une seconde opération, permirent de conclure au calcul enclavé dans le cystique. Et c'est en effet dans ce conduit très dilaté qu'il fut découvert et extrait. La malade guérit très rapidement.

75. Présentation de calculs biliaires extraits au cours d'une cholédocotomie. — *Arch. méd. d'Angers*, 1898, II, 36-37.

L'auteur présente des calculs biliaires provenant d'une femme âgée de 62 ans, atteinte de lithiase biliaire. La malade souffrait de coliques hépatiques depuis plus de dix ans. Plusieurs saisons à Vichy ne lui ont donné aucun soulagement. Les crises se succèdent à intervalles irréguliers ; elle est atteinte d'ictère très prononcé, sans tumeur de la vésicule. Etat général déplorable. Opération le 25 octobre 1897. La vésicule, très atrophiée, contenait deux gros calculs. Un troisième calcul, gros comme une grosse aveline, siègeait dans le cholédoque. Les calculs de la vésicule furent facilement enlevés, mais l'incision du canal cholédoque fut nécessaire pour extraire le troisième calcul. Le canal cholédoque et la vésicule furent suturés à deux plans et le ventre fut refermé. Les suites opératoires furent très satisfaisantes, la malade ne souffre plus et n'a plus d'ictère.

76. Deux cas de cholédochotomie suivis de guérison. Considérations opératoires. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, p. 495.

L'auteur cite deux cas de cholédochotomie. Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 62 ans atteinte de lithiase biliaire avec ictère prononcé. Après laparotomie, on trouva la vésicule rétractée sur deux calculs et vide de liquide. Il n'y avait pas de canal cystique. Dans le cholédoque, il y avait un gros calcul qui fut extrait par une incision. Celle-ci fut refermée transversalement par deux surjets au catgut ; drainage. Guérison sans fistule. Dans la deuxième observation, la malade, âgée de 32 ans, était atteinte de cholélithiase. Après incision, on trouva la vésicule biliaire et le canal cystique atrophiés. La vésicule fut ponctionnée et lavée. Le canal cholédoque contenait trois gros calculs, dont un seul put être écrasé. Pour enlever les deux autres, le cholédoque étant méconnaissable, on continua l'incision de la vésicule par le canal cystique jusqu'au cholédoque. La longue incision fut suturée par des surjets à la soie, la vésicule fixée à la paroi abdominale et drainée, la plaie refermée. Le drain donna beaucoup de bile pendant les premiers jours. Au vingtième jour, la fistule était fermée. Guérison. (*Année chirurgicale*, Brux., 1899, 1217).

77. Un nouveau cas de drainage du canal hépatique par voie cholédochienne. — *Arch. méd. d'Angers*, 1904, VIII, 281-289.

L'auteur rapporte deux observations et fait ensuite l'exposé de la question, d'où il résulte que le drainage du canal hépatique constitue une méthode nouvelle d'é-

vacuation directe de la bile à l'extérieur, méthode qu'il croit appelée à rendre les plus grands services, toutes les fois qu'il y aura de l'angiocholite ou même simplement de la rétention biliaire par un obstacle. Or, ces conditions anatomiques se rencontrent fréquemment ; ce qui a permis à l'auteur de formuler cette loi générale, à laquelle il n'a pas encore trouvé d'exception : « *Chaque fois qu'un obstacle mécanique des voies biliaires amène de la rétention biliaire, avec augmentation du volume du foie, le canal hépatique est dilaté* », fait important à retenir, car le drainage de l'hépatique se trouve de la sorte réalisable, précisément dans les cas où il se trouve indiqué.

78. Calcul du canal hépatique. Tentative vaine de lithectomie de l'hépatique par voie cholécystique. Hépaticolithotripsie suivie de guérison. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, 615.

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de calcul du canal hépatique chez une femme de 40 ans, atteinte de hernie ombilicale ancienne ; il fit d'abord la cure radicale de cette dernière ; puis, par une incision au bord externe du muscle droit, il fixa la vésicule à la paroi et en retira cinquante calculs, dont trois gros comme des noyaux de cerise. Le cathétérisme des voies biliaires ne put être fait. La malade alla bien, n'eut plus de coliques, mais la bile coula peu. Au douzième jour, il y eut élimination d'un nouveau calcul ; au quinzième, on en découvrit un autre, à 12 centimètres de profondeur, qu'on ne put saisir. Des crises survinrent et, vingt-neuf jours après la première opération, l'auteur rouvrit le ventre et brisa la pierre qui se trouvait dans le canal hépatique. Drainage et suture du péritoine. Écoulement consécutif de boue biliaire d'abord, puis de bile abondante. Guérison en dix-sept jours. — L'auteur, en terminant son travail, émet quelques considérations sur la chirurgie du canal hépatique. (*Année chirurgicale*, Brux., 1899, 1211).

79. Hepaticotomie pour calculs ; extraction ; guérison. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1903, 11 mars, p. 309.

L'auteur apporte l'observation d'une femme de 41 ans, souffrant depuis douze ans de crises de coliques hépatiques, très affaiblie, et chez laquelle il décida une intervention sanglante. A l'ouverture de la cavité abdominale, faite sur le bord externe du droit, il constata la vacuité absolue de la vésicule et du cholédoque ; mais une exploration plus profonde fit percevoir un calcul plus profond, au niveau du hile, dans le canal hépatique. Ce canal fut incisé sur le calcul et ce dernier extrait sans difficulté, ainsi qu'un autre qui se présenta à sa suite. Le canal hépatique fut suturé, la vésicule et le cystique, qui avaient été incisés d'abord, furent drainés. Suites opératoires très bonnes et fermeture de la fistule le dix-neuvième jour. La malade actuellement va très bien. (*Progrès méd.*, Paris, 1903, 1 sem., XVII, 205).

80. Hépaticotomie pour calculs. Extraction de deux calculs du canal hépatique. Suture du canal et drainage par les voies biliaires accessoires. Guérison. — *Archives prov. de Chirurgie*, avril 1903. Tiré à part. Paris, *Institut de Bibliogr. scient.*, 1903, in-8°, 17 p.

L'incision directe du canal hépatique pour extraire des calculs biliaires, opération relativement récente et rare, puisqu'on n'en connaît que 9 cas, a été pra-

tiquée par l'auteur sur une femme de 41 ans, qui avait deux calculs dans le canal hépatique, presque dans le hile du foie. Pour ouvrir le petit bassinet hépatique, dans lequel on sentait un calcul, mais sans pouvoir le saisir entre le pouce et l'index, après incision directe du canal sur le calcul, on a agrandi aux ciseaux l'ouverture. Le second calcul n'a été trouvé qu'après l'extraction du premier ; point important à retenir, pour ne pas être tenté de suivre l'exemple d'Elliot et d'autres opérateurs qui placent avant l'extraction du calcul les fils de fermeture du canal. La plaie du canal hépatique fut suturée au fil de chanvre : ce qui suffit, à la condition d'établir un drainage par les voies biliaires accessoires. Les suites ont été très simples et la guérison rapide.

81. A propos de la valeur thérapeutique du drainage du canal hépatique par la méthode de Kehr. — *Bull. soc. Chir.*, Paris, 1904, XXX, 748-753.

Une observation de lithiase biliaire ancienne (angiocholite grave par suite d'obstruction du cholédoque), traitée par la cholédocotomie, l'ablation du calcul (35 grammes), le drainage du canal hépatique chez une malade de 54 ans, et suivie de guérison, permet les conclusions suivantes : 1° une malade atteinte d'angiocholite d'origine calculeuse et avec un état général déplorable peut guérir, si, par le drainage total, on peut amener au dehors toute la bile mêlée de pus qui stagne dans les voies biliaires supérieures, en introduisant dans le canal hépatique un gros drain qui empêche tout passage des liquides infectieux dans l'intestin ; 2° chaque fois qu'un obstacle mécanique des voies biliaires principales amène de la rétention biliaire avec augmentation du volume du foie, le canal hépatique est dilaté et le drainage de ce canal est facilement exécuté et des plus efficaces ; 3° l'emploi de l'eau oxygénée diluée pour le nettoyage des drains et des voies biliaires paraît avoir donné de très bons résultats, pour déloger et amener au dehors les dernières concrétions biliaires.

82. Contribution à la chirurgie du canal hépatique d'après trois cas personnels et les travaux les plus récents. — *Revue de Gyn. et Chir. abd.* Paris, Inst. de Bibliogr., 1904, in-8°, 8 fig.

Cet opuscule renferme trois observations nouvelles de chirurgie du canal hépatique ; elles sont intéressantes et précieuses, à cause de leur rareté. Elles sont accompagnées de considérations générales, d'autant plus marquées au coin de la nouveauté qu'on n'a pas une grande expérience en matière de chirurgie du foie. On trouvera résumé là tout ce que l'on sait sur ces questions.

D. — CHIRURGIE DU PANCRÉAS ET DE LA RATE.

83. Des kystes glandulaires du pancréas. Une observation. — *Arch. prov. de Chir.*, 1900, IX, 209-226.

Après avoir distingué les deux variétés de kystes par rétention, ou grenouillettes pancréatiques, plus fréquentes, et les kystes néoplasiques, plus rares, l'auteur étudie d'une façon plus complète l'anatomie pathologique des kystes du pancréas. Ces kystes, gros ordinairement comme une orange, peuvent acquérir un volume énorme; en augmentant de volume, ils font saillie sur la paroi abdominale antérieure. Ordinairement uniloculaires, ils ont une paroi mince et transparente, mais

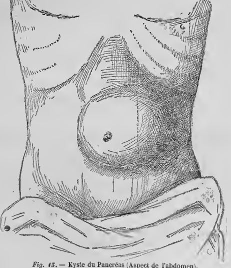


Fig. 15. — Kyste du Pancréas (Aspect de l'abdomen).

quelquefois épaisse de plusieurs centimètres et couverte de végétations lorsqu'ils sont de nature maligne. Ils contiennent quelquefois des calculs, et ordinairement

un liquide brunâtre, visqueux. Les symptômes sont ensuite décrits, enfin le traitement qui consiste dans la ponction, la marsupialisation ou l'extirpation partielle ou totale. — L'auteur cite enfin une observation personnelle de kyste du pancréas de nature bénigne chez un homme de 35 ans. La marsupialisation de la poche a été pratiquée et la guérison s'ensuivit. L'auteur a fait faire l'examen histologique de la poche et du liquide qui en a été extrait, et il a donné les résultats de cet examen.

84. Plaie de la rate par coup de couteau, guérie par la suture. — *XIVe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1901, Proc. verb., 172-174.

Histoire d'un malade opéré d'urgence, et intéressante en ce sens qu'il s'agissait d'une blessure de la rate par instrument tranchant.

E. — MALADIES DES VOIES URINAIRES.

85. Un cas d'uretéro-cysto-néostomie ou abouchement immédiat de l'uretère dans la vessie après section au cours d'une laparotomie pour kyste papillaire du ligament large. Cathétérisme uretéro-urétral. Guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 622-630.

L'auteur, ayant sectionné un uretère accidentellement au cours d'une opération pelvienne, donne les moyens de reconnaître un uretère en situation anormale avant section, puis après section; et enfin le moyen de remédier à l'accident. Voici le procédé qu'il a employé. Introduisant une sonde de caoutchouc dans la vessie déchirée par l'urètre, il en place un bout dans l'uretère coupé, en l'y faisant pénétrer de 5 centimètres. Cette sonde avait été au préalable coupée dans sa partie arrondie et quatre orifices avaient été pratiqués dans la portion traversant la vessie suturée pour recueillir l'urine de l'autre uretère et permettre le lavage de la vessie. L'uretère sectionné est ainsi amené et maintenu au contact de la déchirure vésicale, par des sutures, de façon que la muqueuse de l'uretère se continue avec celle de la vessie bien exactement. La vessie est fermée et ses plans musculaires sectionnés, suturés au catgut avec les parois extérieures de l'uretère pour consolider l'implantation. L'opération est terminée comme dans toute hystérectomie, en faisant l'hémostase, puis en suturant le péritoine pelvien par dessus l'uretère et la vessie suturée; elle dura deux heures. La malade a quitté la Maison de Santé le vingt quatrième jour après l'opération et depuis ne présente aucun trouble du côté de la miction.

86. Des indications de la taille hypogastrique et de la lithotritie. — Tiré à part des *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1894, in-8°, 7 p.

Une observation de calcul vésical chez un diabétique, où il fut obligé de recourir à la taille après la lithotritie, est pour l'auteur un argument de première valeur en faveur de la taille hypogastrique comme opération de choix, la lithotritie n'étant que l'opération d'exception. L'auteur passe en revue, pour appuyer son opinion, les avantages (innocuité opératoire, rapidité de la guérison), les inconvénients (récidive), et les contre-indications de la lithrotritie qu'il considère comme une opération aveugle, reliquat de l'ancienne chirurgie, où l'on craignait de faire courir au malade des risques d'infection, qui ont disparu avec les progrès de la chirurgie moderne.

87. Présentation d'un gros calcul vésical, extrait de la taille hypogastrique, suivie de sutures complètes par la vessie. — *Arch. méd. d'Angers*, 1898, II, 141.

L'auteur présente à la Société de Médecine de la Sarthe un gros calcul mesurant 60m/m sur 40m/m 25m/m, qui a été extrait par la taille hypogastrique

suivie de sutures compliquées de la vessie, le 18 janvier 1898. Quatorze jours après l'opération, le malade urinait seul et pouvait être considéré comme guéri. La vessie était atteinte de cystite purulente intense, ce qui n'a pas empêché la guérison d'avoir lieu sans fistule. C'est dans ce cas que la suture complète est surtout indiquée pour préserver la plaie de l'infection.

88. Plaie avec double perforation de la vessie par instrument contondant. Laparotomie et cystostomie sus-pubienne. Guérison. — *Archiv. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, 240-244.

Les plaies de la vessie, avec double perforation de la vessie par instrument contondant sont très rares, et sont presque toujours mortelles. Bartels, qui a analysé tous les cas connus, n'a trouvé qu'un seul cas de guérison. Aussi cette observation d'un charpentier de 34 ans, qui s'empala sur un piquet pénétrant dans le périnée et perforant la vessie de part en part, était-elle intéressante à plus d'un titre. Le blessé est transporté à la Maison de Santé, dix heures après l'accident et est opéré vingt-et-une heures après l'accident. Après exploration de la plaie du périnée et laparotomie, on suture la vessie, puis on pratique un grand lavage. La vessie étant remplie de caillots sanguins, et présentant, en outre, une plaie périnéale, on pratique la taille sus-pubienne pour installer un drainage sus-pubien. Deux mois après l'opération, le malade était complètement guéri. L'auteur fixe ensuite les règles de conduite à tenir en pareil cas qui peuvent se résumer ainsi : Dans toute plaie de la vessie, on devra intervenir le plus tôt possible après l'accident. D'abord explorer le péritoine, remédier à ses lésions et aux lésions de la portion intrapéritonéale de la vessie ; puis pratiquer la taille hypogastrique qui, seule, permettra de faire une hémostase parfaite, un bon nettoyage de la cavité vésicale et de pratiquer un drainage excellent.

89. Cystocèle inguinale. Cure radicale. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1889, LXIV, 64-65.

La pièce présentée à la Société anatomique provenait d'un malade du service de M. Monod, à l'hôpital Saint-Antoine, ayant subi la cure radicale pour une hernie inguinale gauche et étant mort d'accidents cérébraux à marche rapide. Le diagnostic avait été seulement soupçonné et n'avait pu être établi qu'à l'opération. Cette tumeur observée dans le pli de l'aine était constituée par le lipome et son diverticule vésical. La portion de vessie située au centre de la tumeur graisseuse était en quelque sorte immobilisée par elle, ce qui permettait d'expliquer l'absence de distension de la tumeur quand on remplissait la vessie. La tumeur et la vessie étaient extra-péritonéales et par conséquent n'avaient pas de sac : ce qui est une indication particulière pour reconnaître pendant l'opération la vessie herniée.

90. [En collaboration avec M. Ch. Monod]. Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale. — *Revue de Chir.*, Paris, 1889, IX, 701-727.

Ce travail repose sur l'analyse de trois observations. La première partie est consacrée à l'historique de la question ; après avoir rappelé la division du cystocèle

primitive et de cystocèle secondaire, leurs symptômes, et le traitement, qui en général, se réduit à l'application d'un bandage, les auteurs exposent leurs observations : 1° homme de 43 ans ; *hernie de la vessie. Cure radicale d'un sac herniaire. Guérison* ; 2° homme de 44 ans : *cystocèle inguinale gauche avec entécocète. Cure radicale. Guérison* ; 3° Homme de 53 ans ; *cystocèle inguinale gauche. Cure radicale. Mort* par congestion pulmonaire. — Les observations sont examinées au point de vue de l'*anatomie pathologique*, de la *symptomatologie*, de la *pathogénie*, du *pronostic* et du *traitement*. — Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, MM. Monod et Delagénière signalent un fait commun important : l'existence constante au devant de la vessie herniée d'une masse graisseuse plus ou moins abondante et de consistance variable. L'existence de ce lipôme herniaire n'est pas signalée dans les classiques. Cette graisse paraît avoir accompagné la vessie dans son mouvement de locomotion. Un second point à signaler est relatif à la facilité avec laquelle la vessie herniée se laisse déchirer, ce qui est probablement dû à une altération de ses parois.

Symptomatologie. Quels sont les signes qui permettent d'affirmer la présence de la vessie dans une tumeur du pli de l'aine? C'est dans le cas où la cystocèle inguinale s'accompagne d'un lipôme herniaire que le diagnostic devient beaucoup plus difficile. Mais l'étude attentive des symptômes permet, dans certains cas, d'arriver à affirmer, avec une quasi-certitude, la nature de l'affection : « Une tumeur herniaire ancienne, douloureuse, s'accompagnant de troubles urinaires, occupant la partie interne de l'anneau, pâteuse et ferme à la palpation, sous laquelle les éléments du cordon disparaissent en groupe, peut être presque à coup sûr considérée comme un lipôme herniaire de la vessie. Quelques uns de ces symptômes peuvent manquer, et le diagnostic devient incertain ; alors, seule, l'intervention opératoire lèvera les doutes, non sans difficulté parfois. On devra attacher une grande valeur à l'existence d'une masse graisseuse découverte *avant l'ouverture d'aucun sac herniaire*.

Pathogénie. Des faits que les auteurs ont observés et de ceux qu'ils ont publiés, ils tirent les conclusions suivantes : 1° la vessie devenue insuffisante affecte avec la paroi abdominale des rapports qui favorisent sa hernie ; 2° lorsque cette hernie se produit, la vessie s'engage toujours primitivement par sa face antérieure chargée de graisse ; 3° la tumeur herniaire est d'abord un lipocèle ; la hernie de la vessie qui lui succède est préparée et facilité par la hernie graisseuse ; 4° la cystocèle inguinale étant au début formée par une portion de la vessie non recouverte par le péritoine, est, dans les premières phases de son évolution, privée de sac ; 5° à mesure que des parties plus élevées de la vessie s'engagent dans l'anneau, le péritoine qui les recouvre les accompagne dans leur mouvement de descente et il forme un sac d'abord latéral puis presque complet à la vessie ; 6° ce sac peut être habité ou déshabité et il se comporte à la façon d'un sac herniaire ordinaire ; 7° la cystocèle confirmée peut être privée de sac, lorsque pour des raisons quelconques le péritoine périvésical n'accompagne pas la vessie. Après avoir traité du *pronostic* de la cystocèle, les auteurs en arrivent au *traitement*. L'opération doit être la règle, à moins de contre-indications tirées du *grand âge* ou du *mauvais état général* du malade. Par opération, il faut entendre une intervention radicale destinée à combattre aussi bien les accidents actuels que les complications les plus tardives. On ne saurait donc agir trop tôt. *Toute hernie douloureuse, irréductible, incoercible, ou dont le diagnostic aura laissé quelque doute dans l'esprit devra être opérée le plus tôt possible*. Après avoir insisté sur un certain nombre d'importantes indications auxquelles l'opération doit satisfaire, MM. Monod et Delagénière, en décrivent la technique.

91. Pathogénie et traitement de la cystocèle inguinale. Une observation. — Tiré à part des *Archives provinciales de Chirurgie*, octobre 1894. Paris, 1894, 8°, 7 p.

L'auteur expose sa conception de la formation de la cystocèle inguinale, déjà étudiée dans un travail antérieur publié en collaboration avec M. le Dr Monod (*Revue de Chir.*, 1889, p. 701). Il considère la cystocèle comme une affection grave contre laquelle on devra toujours agir en pratiquant sans retard la cure radicale. Les indications de l'opération sont de : 1° remédier à la dilatation de la vessie ; 2° supprimer le lipôme herniaire quand il existe ; 3° traiter le sac séreux et l'anneau comme dans la cure radicale. C'est pour atteindre ce triple but qu'il faut réséquer une portion de la vessie herniée, suturer l'organe et le réduire. Cependant dans l'observation rapportée : hernie inguinale congénitale droite étranglée et cystocèle inguinale, l'auteur a cru devoir, opérant à domicile et dans de mauvaises conditions, ne pratiquer que la cure radicale de la hernie, et réduire et maintenir réduite la vessie herniaire, sans en réséquer une partie. Le résultat obtenu a été excellent et permettrait, s'il se confirmait par des nouvelles observations, d'adopter comme règle générale, de refouler et réduire simplement l'organe hernié.

92. Traitement de l'ouraque dilaté et fistuleux par la résection et la suture. Une observation. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1892, p. 222.

C..., 5 ans et demi, est amené à la clinique de l'auteur le 30 avril 1892 pour

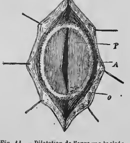


Fig. 14. — Dilatation de l'ouraque incisée.

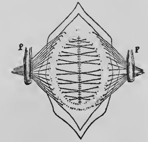


Fig. 15. — Dilatation de l'ouraque incisée et suturée.

une fistule urinaire de l'ombilic, ayant succédé à l'ouverture d'une petite tumeur constatée au moment de la naissance. L'écoulement de l'urine est permanent ; s'il

s'arrête, crises violentes de douleurs. Enfant peu développé. L'ombilic est déformé et présente une fente transversale dont les deux lèvres sont indurées et rouges. Elle est entourée d'une zone inflammatoire présentant des érosions. La miction se fait, d'une part, par l'urètre, puis quelques secondes après il semblerait qu'une petite poche se vide par l'ombilic. Par la pression l'on fait sourdre quelques gouttes de liquide.

Opération le 2 mai 1892. Incision médiane de 10 centimètres qui mène dans une excavation anfractueuse remplie de fongosités et présentant de nombreux diverticules.

Ablation de cette poche par excision. Après avoir ouvert la cavité péritonéale, par le fond de la poche, dissection de chaque côté de ses deux moitiés en prenant la séreuse pariétale comme point de repère. La poche semble occuper tout l'anneau fibreux distendu qui représente l'ombilic largement ouvert. En bas, on trouve l'orifice de l'ouraque; il est isolé sur une longueur de 3 centimètres et fermé au moyen de trois points de surjets. Fermeture du ventre par suture à trois plans de sujets. Durée de l'opération, une heure (*Fig.* 14 et 15).

An 8 juin, le petit malade quitte la maison de santé, et est resté complètement guéri.

93. Extirpation de la muqueuse vésicale atteinte de lésions tuberculeuses. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1895, n. s., XXI, 251-255.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme, âgé de 30 ans, présentant d'abondantes hématuries contre lesquelles aucun traitement n'était efficace, et auquel il fit la taille hypogastrique et enleva par lambeaux la muqueuse vésicale presque tout entière. L'hémorragie provenant de la surface cruentée fut facilement arrêtée par des injections chaudes. L'examen histologique de la muqueuse confirma le diagnostic qui avait été porté en démontrant qu'elle était le siège de lésions tuberculeuses. Le malade succomba, six mois après, par tuberculose pulmonaire. L'auteur croit que, dans les cas semblables, le curettage de la vessie, qui peut être bon, n'est pas toujours suffisant, et estime qu'en enlevant le plus possible de la muqueuse, on aurait plus de chances d'enrayer la marche locale de la tuberculose. (*Revue int. de méd. et chir.*, Paris, 1895, VI, 218).

94. Exstrophie de la vessie guérie par la méthode de Trendelenburg. — *XIIIe Congr. intern. d. sc. méd.*, Paris, 1900, 1901, c. r., 419-423, 1 fig.

La méthode de Trendelenburg, pourtant si logique, n'a guère donné que des déboires, même entre les mains les plus expérimentées. L'auteur pour ce qui le concerne n'a vu que des insuccès, non seulement chez ses opérés, mais aussi chez ceux des maîtres les plus autorisés. Il commençait donc à douter de la réalisation des espérances de Trendelenburg, lorsque le fait suivant est venu changer sa manière de voir. Il s'agit d'un enfant de 11 ans, atteint d'exstrophie de la vessie et qui avait subi, sans succès, plusieurs opérations dans son enfance. L'auteur a opéré ce malade d'après la méthode de Trendelenburg; l'auteur a été obligé de faire sept opérations

complémentaires ; mais, ainsi qu'on peut le constater le malade de l'auteur est radicalement guéri. Non seulement il est continent, mais son sphincter fonctionne parfaitement. (*Bull. méd.*, Paris, 1900, XIV, 971).

95. Stérilisation des sondes en gomme. Cathétérisme aseptique. — *Progrès méd.*, Paris, 1889, 2. s., X, 295.

L'auteur rappelle que des cas de septicémie se sont produits à la suite d'un cathétérisme. La mort survient rapidement ; ou bien la maladie reste latente pendant de longues années, le rein finit par s'infecter, et la mort ne tarde pas à arriver. Les sondes en caoutchouc ou en gutta-percha s'altèrent rapidement dans les liquides où elles séjournent. De plus, on n'est jamais certain d'avoir obtenu l'asepsie du canal de la sonde, du moins pour celles de petit calibre, et l'on ne peut stériliser, par l'immersion dans un liquide aqueux, une sonde qui vient d'être utilisée et qui se trouve par conséquent recouverte d'un corps gras. Enfin, quand on veut se servir de la sonde et qu'elle est enduite de liquide, on est obligé de l'essuyer à l'aide d'un tampon d'ouate aseptique ; on introduit un nouvel intermédiaire qui peut devenir un agent de contamination. M. Delagénière a donc songé à utiliser le stérélisateur de M. Poupinel. Il installe les sondes en gomme dans des tubes de verre bouchés avec un tampon d'ouate, et les porte quelques minutes à 100°, pendant trois jours de suite. Des expériences faites par M. Delagénière, il résulte que l'asepsie obtenue ainsi est parfaite. Appliquant ce mode de stérilisation des sondes à la pratique hospitalière, l'auteur place ces sondes, selon leurs numéros, dans divers tubes qui sont placés dans l'étuve après avoir été bouchés avec un tampon d'ouate stérilisée, et soumis à une température de 100°. On les retire au bout d'une demi-heure au maximum. On les laisse refroidir, toujours bouchées, et l'on renouvelle l'opération le lendemain et les jours suivants. Les tubes sont disposés dans une boîte à 12 compartiments portant le même numéro que le tube ; 2° les *bougies* sont traitées de la même façon et disposées dans des tubes semblables. Quand les sondes et les bougies ont servi, on a soin d'injecter dans leur intérieur, à l'aide d'une seringue, de la solution de sublimé au millième.

96. Urètre atteint de rétrécissement fibreux cicatriciel consécutif à l'électrolyse. Méat périnéal de Poncet. Guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 480-482.

Malade âgé de 60 ans, atteint de rétrécissement infranchissable avec poches urineuses et fistules scrotales. En 1890, il avait subi l'électrolyse, pour son rétrécissement ; malgré l'usage de la sonde pour maintenir la dilatation, la miction devient difficile au bout de deux ans, et cet homme cessa de se soigner, la vessie se vidait mal, à plusieurs reprises, il se fit des abcès urineux, qui se fistulisèrent au dehors ; enfin, depuis trois ans, incontinence d'urine. Rétention, le 19 juin 1897 ; ponction le 20 juin, à l'examen on constate un premier rétrécissement à l'entrée du méat ; la bougie exploratrice s'engageait successivement sous deux autres rétrécissements et pénétrait dans une excavation sous laquelle elle s'enroulait sans pouvoir atteindre le bout postérieur de l'urètre. Le 21 juin 1897, M. Delagénière pratique la résection de l'urètre malade. Il enlève environ 7 centimètres de

conduit, excise les tissus voisins dans lesquels s'étaient creusées des poches volumineuses. Dissection du bout postérieur, mobilisation et fixation au périnée, sonde de Dezzer à demeure. Guérison. L'auteur attire l'attention sur la dureté spéciale présentée par les parois de cet urètre réséqué. Cela confirme l'opinion de M. Guyon : que le rétrécissement inflammatoire *curable* de l'urètre est transformé par l'électrolyse en rétrécissement cicatriciel *incurable*. L'opération de Poncet, déjà pratiquée deux fois par M. Delagénière est une opération définitive et en même temps curative, puisqu'elle ne nécessite aucune introduction de sonde dans la vessie.

97. Pénis atteint d'épithélioma et extrait avec la totalité des corps caverneux. — *Arch. méd. d'Angers*, 1898, II. 141.

Présentation à la Société de Médecine de la Sarthe. L'urètre, sectionné dans son trajet périnéal, a été suturé à la peau du périnée. La pièce a été enlevée au moyen d'une incision en raquette autour de la racine de la verge et d'une deuxième incision en T du périnée. Par la première incision, le ligament suspenseur a été sectionné et les corps caverneux ruginés dans leurs insertions inférieures. Le malade est âgé de 66 ans.

98. De la résection de la terminaison de l'urètre et du méat urinaire chez la femme, pour le traitement des polypes du méat, du prolapsus de la muqueuse urétrale, et de certaines urétrocèles. 8 observations. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1900, IX, 746-755.

L'auteur a réuni trois lésions, en apparence dissemblables, mais qui se rattachent les unes aux autres par la fréquence de leur coïncidence, d'une part, et par leur origine pathogénique, d'autre part. Ces trois affections : polypes du méat, prolapsus de la muqueuse de l'urètre et certaines urétrocèles, peuvent, en effet, se ramener, pour ce qui concerne leur traitement chirurgical, à une seule : les polypes.

99. Hypertrophie de la prostate. Rétention d'urine. Fausses routes multiples. Possibilité de l'extirpation des lobes latéraux hypertrophiés. — *Bull. Soc. anat., de Paris*, 1889, LXIV, 243-245.

Cette pièce est d'un bel exemple d'hypertrophie prostatique, limitée aux deux lobes latéraux ; au point de vue chirurgical, cette tumeur était énucléable et aurait peut-être pu être extirpée. Au sujet de son extirpation possible par la taille hypogastrique. Cette tumeur fait en saillie dans l'intérieur de la vessie et pouvait y être facilement sentie. Une incision pratiquée à travers la paroi vésicale sur cette tumeur aurait permis d'arriver sur elle et de s'assurer avec le doigt qu'elle était énucléable absolument comme un corps fibreux utérin. Du côté gauche, M. Delagénière a isolé complètement par ce moyen la tumeur, et, du côté droit, il avait seulement commencé cette énucléation pour la terminer devant la Société. N'est-il pas légitime, dans ces conditions, de chercher à appliquer à ces sortes de corps fibreux

prostatiques la méthode du morcellement employée pour les corps fibreux utérins? Resterait alors, disait-il, à étudier pour les suites opératoires, la question de la suture vésicale et du drainage de la plaie opératoire par le périnée.

100. De la prostatopexie sub-périnéale, ou luxation de la prostate hors de sa loge, comme traitement de l'hypertrophie de la prostate. — Paris, 1902. *Institut de Bibliogr.*, in-8°, 7 p.

Cette opération nouvelle consiste à énucléer la prostate hypertrophiée hors de sa loge, où elle se trouve emprisonnée et comme étranglée, et à la maintenir au-devant du rectum dans les tissus cruentés. Dans cette nouvelle situation, la prostate se trouve libérée ; le conduit redevient perméable, la circulation de l'organe luxé se régularise et prépare son atrophie qui s'effectue rapidement. Il s'agit donc d'un déplacement de l'organe de sa situation anatomique normale, sans aucune mutilation ; transformant ainsi un prostatique atteint de rétention et insondable en un prostatique facile à sonder. L'auteur n'a pas la prétention de tirer d'un seul fait des conclusions générales, cependant, il croit utile d'attirer l'attention sur les points suivants : 1° chez le malade opéré, dès que la prostate a été luxée hors de sa loge, le cathétérisme, impossible jusque-là est devenu facile, non seulement avec un Béniqué, mais avec une sonde molle et est resté facile ; 2° la vessie a été, immédiatement après l'opération, facile à drainer avec une sonde à demeure, de sorte que l'infection préalable de la vessie, ne saurait en pareil cas constituer une contre-indication à l'opération ; 3° la prostate, déplacée dans des tissus cruentés, a diminué rapidement de volume, au point de n'être plus appréciable 30 jours après l'opération ; 4° la miction d'abord impossible, se rétablit progressivement, cette opération paraît être l'opération de choix pour les cas d'hypertrophie prostatique peu accentuée. L'auteur formule les règles de technique opératoire telle qu'il la conçoit et la pratique.

101. Prostate hypertrophiée extirpée au début des accidents de rétention d'urine et d'infection de la vessie. Présentation de la pièce. — *Arch. méd. d'Angers*, 1903, VII, 471-462.

La pièce provient d'un malade âgé de 62 ans, n'ayant jamais, jusqu'en avril 1903, présenté d'accidents vésicaux. Le Dr Bazin, de Carrouges, constate à cette époque qu'il s'agit d'une hypertrophie prostatique et pratique le cathétérisme avec une sonde métallique. Le malade est d'abord soulagé, mais les accidents de rétention se renouvellent et nécessitent de nouveaux cathétérismes, puis l'établissement d'une sonde à demeure. La vessie s'est infectée quand le malade est amené à l'auteur. Etat général bon ; fièvre (36°6), urine contenant du pus et à odeur fétide, pas d'albumine ; la prostate, volumineuse, forme une tumeur médiane dure rendant difficile le cathétérisme. On place une sonde à demeure et des lavages antiseptiques de la vessie sont pratiqués matin et soir. Urotropine. Au bout de quelques jours tous les accidents infectieux disparaissent, ce qui permet l'ablation de la prostate. Il s'agit donc d'un cas d'hypertrophie de la prostate dans lequel l'ablation de l'organe a été pratiquée dès le début, c'est-à-dire au moment où la guérison complète du malade peut être théoriquement obtenue avec facilité.

102. De la voie périnéale et périno-sacrée pour les interventions de la prostate. Deux observations. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1899, 478-486.

La situation de la prostate rend cet organe très facile à explorer par le toucher rectal. La première observation est un cas de prostatite et de cystite tuberculeuse. Des injections interstitielles furent données par voie périnéale et il y eut cystotomie sus-pubienne. Il n'y eut rien de particulier à noter dans la marche de l'opération. La plaie périnéale se réunit par première intention. La sonde sus-pubienne fut supprimée le huitième jour, la sonde urétrale seulement le treizième. Le malade sortit guéri, le vingt-cinquième jour après l'opération. La seconde opération est celle d'un cas d'hypertrophie de la prostate et de cancer du rectum. L'auteur fit une prostatectomie partielle par voie périnéale et une résection du rectum. Le malade quitta la Clinique en parfait état, avec seulement un peu d'incontinence des matières fécales, trente jours après son opération.

VII. — CHIRURGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

103. Arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1898, janv., XXIV, p. 160.

Un homme, en tombant de sa charrette, se fait une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule, compliquée de fracture de l'épine de l'omoplate. Il n'est pas soigné sur le moment et ne se présente à l'auteur qu'au bout de trois mois et demi. Ce dernier procède à l'intervention suivante : Il fait d'abord une incision sur l'épine de l'omoplate, trouve la fracture vicieusement consolidée, la sectionne à niveau, et essaie de remonter l'acromion luxé en bas: cela fut impossible, et il dut se contenter d'abraser la partie saillante de l'épine. Se portant alors en avant, il incise directement sur le tête humérale et sectionne tous les tissus jusqu'à elle, mais sans arriver à la tête. Il constate alors que la cavité glénoïde est remplie par des épaississements capsulaires; il les enlève et dès lors la tête peut être réduite. L'opération avait duré deux heures. En vingt-cinq jours le malade était guéri, et l'on commence à provoquer les mouvements. Le résultat thérapeutique ne fut pas parfait; les mouvements spontanés sont limités, et le malade conserve des fourmillements dans le membre. (*Rev de Chir.*, Paris, 1898, XVIII, 270).

104. Luxation sous-épineuse de l'épaule droite concomitante avec une luxation postérieure de la hanche droite. Réduction. — *Arch. méd. d'Angers*, 1900, IV, 208-209.

Un homme de 65 ans, tombé sous un lourd fardeau, se fait une luxation de la hanche et de l'épaule droite. La réduction de la hanche fut facilement réduite, mais celle de l'épaule fut difficile. Il fallut employer le procédé de Kocher, puis exercer une traction lente soutenue, d'abord en bas dans l'axe du corps, puis relever le bras et le remettre à 45° avec l'axe du corps. Un brusque mouvement de rotation externe produit alors la réduction. Le rétablissement fonctionnel est presque complet. Il persiste un peu de raideur.

105. Résection du coude droit pour tumeur blanche pratiquée il y a deux mois, avec résultat fonctionnel complet. — Communication à la Soc. de Méd. du Mans, 1899. — *Arch. méd. d'Angers*, 1899, III, 177-179.

La malade que l'auteur présente à la Société est une jeune fille de 16 ans qui souffrait depuis trois ans de son coude. La résection du coude fut pratiquée le 1er février 1890 ; la malade quittait la Clinique le 10 février. Elle fut alors confiée à un masseur qui lui fit vingt-quatre massages méthodiques. Dès le dixième elle commençait à fléchir elle-même et à étendre l'avant-bras. A l'heure actuelle, elle a l'usage complet de son bras. Ce fait appelle l'attention sur l'importance des massages bien faits après la résection du coude. C'est de ces massages, plus que de la technique opératoire que dépend le bon résultat fonctionnel de la nouvelle articulation. On mobilise de suite le nouveau coude et, dès que la plaie opératoire est guérie, on fait faire des massages méthodiques de toutes les articulations de la main et du poignet, de l'articulation de l'épaule, de tous les muscles de l'avant-bras et du bras ; enfin, on fait exécuter au nouveau coude tous les mouvements normaux d'un coude normal.

106. Fracture ouverte de l'olécrâne traitée par l'ouverture, la désinfection du foyer et le massage articulaire. — *Progrès méd.*, Paris, 1889, 2 s., IX, 285.

L'auteur décrit le *modus operandi* dans le cas de fracture ouverte, en insistant sur la nécessité d'une *antisepsie rigoureuse*. Il rapporte ensuite l'observation d'un malade traité par lui pour une fracture ouverte de l'olécrâne causée par un *coup de pied de cheval* sur le coude. Agrandissement de la plaie, désinfection avec la solution phéniquée, forte, suture de la plaie au crin de Florence ; pansement iodoformé. Guérison en trois semaines.

Dans cette observation, il y a trois points à signaler : 1° la désinfection possible d'un foyer de fracture ouverte, même s'il communique avec une grande articulation ; 2° l'absence de réaction fébrile, de douleur, etc. La fracture se comporte dès lors comme une fracture simple ; 3° l'intégrité absolue des mouvements du coude parfaitement conservée ; 4° la réparation osseuse ou fibreuse rapide, malgré l'âge avancé du malade ; 5° enfin, la rapidité du résultat due à la non contention de l'articulation et au massage articulaire.

107. Angiome caverneux de l'avant-bras droit. Extirpation. Guérison. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1894, III, n° 4, p. 218-221.

Femme, 41 ans, portait depuis dix-sept ans au niveau du poignet droit une tumeur dont le volume s'est progressivement accru jusqu'à celui du poing. En dedans elle atteint le bord cubital, en avant toute la face antérieure et contourne en dehors l'extrémité inférieure du radius. La tabatière anatomique est envahie par la masse ; sur toute la périphérie, lacis vasculaire. Au point culminant, ulcération large donnant jour à un liquide séro-sanguinolent. Sous le chloroforme, ablation de la tumeur qui occupe la face antérieure des fléchisseurs et envoie des prolongements, du volume

d'une noix, entre les faisceaux profonds au-devant du radius et du cubitus. M. Poupinel histologiquement posa le diagnostic d'angiome caverneux. Au cinquième jour, un peu de sphacèle de la peau par le drain. Il s'établit une petite fistule sur le



Fig. 16. — Angiome caverneux de l'avant-bras.

trajet du drain, qui dure plus d'un mois, jusqu'à l'exfoliation terminée d'une partie du fléchisseur du pouce qui avait dû être complètement disséqué. La malade a conservé tous ses mouvements. (*Revue Sc. Méd.*, Paris, 1894, XLIV, N°, 87. p. 288) (*Fig.* 16).

108. Paralysie radiale par section du nerf radial remontant à six mois. Suture du nerf. Guérison de la paralysie. — *Arch. méd. d'Angers*, 1902, VI, 81-84.

De cette observation très intéressante, il résulte que : 1° malgré l'opinion classique qui considère la réaction de dégénérescence comme un signe d'abolition définitive de la fonction d'un nerf, le retour intégral de cette fonction a été constaté ; 2° la suture de ce nerf a été pratiquée six mois après la section et la reconstitution du nerf a été observée ; 3° le retour de la fonction nerveuse n'a été constaté que 10 mois après la suture. Ce fait connu et déjà signalé dans un certain nombre d'observations a reçu ici une confirmation nouvelle ; 4° le nerf, très raccourci au moment de la suture, s'est allongé progressivement, à l'insu du malade, pour reprendre sa longueur normale.

VIII. — CHIRURGIE DU MEMBRE INFÉRIEUR.

109. Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage trans-trochantérien. — *Xe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1896, p. 797. *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 717-727. — *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1896, XLIII, 1083.

On fait une incision, analogue à celle de Langenbeck, mais mesurant 15 centi-



Fig. 17. — Drainage trans-trochantérien vu de face, le drain en place.

mètres. Après dissociation des fibres du grand fessier et écartement du pyramidal et du moyen fessier, on incise le périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter. La capsule articulaire est largement fendue en T. On décolle ensuite le périoste de chaque côté, afin de faire une opération sous-périostée. On excise en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col; avec la pince gouge on évide le col jusqu'à la tête, puis la tête, dont on enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement, et enfin

le grand trochanter est évidé en forme de gouttière. Drainage métallique (*Fig.* 17) et sutures superficielles. Deux coxalgies suppurées ont été ainsi traitées par l'auteur. (*Revue Sc. Méd.*, Paris, 1897, XLII, n° 97, fasc. 1, 232).

110 Ostéo-sarcome du fémur traité par la désarticulation do la hanche. — *Arch. méd. d'Angers*, 1903, VII, 63-66.

Il s'agit d'un cas classique d'ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur: La lésion a vraisemblablement débuté par le cartilage diarthrodial, comme c'est du reste la règle. On a eu recours, contre cette terrible affection, aux amputations; dans la continuité, à la résection du genou, enfin à la désarticulation de la hanche. Les amputations, dans la continuité, ne paraissent pas devoir donner de bons résultats, sauf peut-être dans la période tout à fait initiale de l'affection. Or, même à cette période, il est toujours impossible de se rendre compte de la limite exacte de la lésion. C'est pourquoi l'auteur préfère la désarticulation de la hanche, opération qui, malgré sa gravité, lui semble devoir être dans tous les cas, l'opération de choix.

111. Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse, traitée avec succès par la dénudation et la dissociation du nerf. — *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1896, n. s., XXII, 491-495. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 414-418.

Une femme de 35 ans, atteinte de névralgie sciatique qui avait résisté à tous les traitements médicaux, et même à l'élongation du nerf, vint consulter l'auteur. Pensant avoir affaire à un de ces cas de varices sur lesquels M. Quénu a appelé l'attention et qui guérissent par la ligature des veines, l'auteur fit une incision postérieure et mit à nu le nerf sciatique sur une étendue de 15 centimètres; à son grand étonnement il ne trouva pas de gros vaisseaux variqueux susceptibles d'être liés; mais le nerf était sillonné d'un grand nombre de petits vaisseaux, qui pénétraient dans son épaisseur. Il eut alors l'idée de détruire ces connexions vasculaires par une sorte de hersage du nerf avec de la gaze aseptique et de le poursuivre jusque dans l'intérieur du nerf par la dissociation des faisceaux superficiels à l'aide des mors d'une pince hémostatique pointue; il termina l'opération par un nettoyage au chlorure de zinc à 1 0/0. Après une réaction assez violente qui dura de deux à trois jours, la malade éprouve un soulagement qui devint rapidement une guérison complète. (*Revue de Chir.*, Paris, 1896, XVI, 555).

112. Du traitement de certaines sciatiques variqueuses par un nouveau procédé opératoire. — *Travaux de Neurol. chirurg.*, Paris, 1897, tome II, tiré à part, in-8, 2 fig.

Plusieurs années auparavant, M. Quénu avait attiré l'attention sur l'origine variqueuse de certaines sciatiques et sur leur curabilité par la résection des veines se rendant au nerf malade. L'auteur, s'étant trouvé en présence d'un cas de sciatique fémoro-fessière chez une variqueuse, mit à nu le nerf sciatique, espérant y trouver, comme dans les cas précités, des dilatations périnerveuses des veines,

dilatations qu'il aurait réséquées. Il n'en était pas ainsi, car, chez cette malade, le nerf était simplement sillonné de petits vaisseaux serpigineux, qu'il ne pouvait s'agir de réséquer, mais qu'il vint à l'esprit de l'auteur de détruire mécaniquement par frottement et dissociation du nerf. Le résultat thérapeutique fut tout à fait satisfaisant.

113. La résection du genou et le traitement de la tumeur blanche. Rapport sur un mémoire intitulé : Résection du genou pour tumeurs blanches graves, par M. Lucas-Championnière. — *Bull. Acad. de Méd.*, 1902, 3-s., XLVII, séance du 27 mai, 624-632.

« Le Dr Delagénière, dit le rapporteur, nous a lu un mémoire sur les opérations de résection du genou qu'il a faites, au nombre de 31 : ce qui constitue déjà un chiffre intéressant, surtout si on tient compte de ce fait que j'ai signalé que l'opération ne s'est pas beaucoup généralisée chez nous. Les résultats des résections de M. Delagénière sont fort heureux au point de vue de la mortalité, car il n'a eu aucune mortalité opératoire... Nous devons donc conclure que cette pratique a été bien dirigée et fort heureuse, et qu'il a témoigné d'une bonne indication opératoire, en insistant sur la possibilité et sur la nécessité de pratiquer l'évidement de la substance spongieuse jusqu'à la diaphyse... Il est d'autant plus juste d'insister sur cette ressource qu'au cours des résections il est fort habituel de rencontrer des lésions infiniment plus considérables qu'on n'avait pu les prévoir au premier abord. Il est donc satisfaisant de savoir que, dans ces cas, sans sacrifier une longueur invraisemblable de la diaphyse, on peut, par l'évidement de l'os, atteindre à une grande hauteur le processus tuberculeux. J'avais conseillé cette pratique depuis longtemps ; mais M. Delagénière lui donne une généralisation qui mérite toute l'attention des chirurgiens. »

114. Traitement du mal perforant plantaire par le hersage des nerfs plantaires. — *XVIe Congr. franç. de Chirurg.*, Paris, 1903, proc. verb., p. 878-880.

L'observation que rapporte l'auteur n'est en somme qu'une application aux nerfs plantaires de la méthode de hersage, qu'il a préconisée le premier pour le traitement des névralgies sciatiques rebelles. Le hersage permet de dissocier le nerf dans la partie voulue de son étendue sans détruire ses éléments. Pour être efficace, il doit être pratiqué sur le tronc nerveux qui innerve la région malade ou qui est atteinte de névralgie, et dans ce dernier cas toujours en un point situé entre la moelle et le dernier point douloureux ou malade. Le nerf sera mis à nu dans une étendue suffisante ; il faudra l'isoler avec soin, le soulever, passer au-dessous un écarteur plat ou une petite compresse de gaze stérile sur laquelle on effectuera le hersage. L'auteur emploie pour cette petite opération une grosse aiguille un peu mousse avec la pointe de laquelle il dissocie le nerf, en ayant soin de détruire tous les vaisseaux sanguins situés dans son épaisseur. Pour que l'opération soit satisfaisante, il faut avoir soin que la dissociation du nerf porte sur une étendue suffisante pour être efficace. L'auteur a toujours donné à ses dissociations nerveuses une étendue de plus de 2 centimètres.

IX.— INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

115. Pinces droite et coudée pour hystérectomie abdominale. — *Rev. des Instrum. de Chir.*, 1895, n° 6, p. 44, 2 fig.

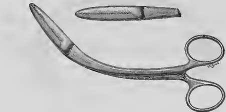


Fig. 18. — Pinces hémostatiques, droite et courbe, de H. Delagénière (Collin).

Descriptions des petites pinces à forcipressure droite et courbe que M. H. Delagénière a fait établir par Collin pour l'hystérectomie abdominale totale (*Fig.* 18).

116. Nœud à boucle passée. — *Rev. des Instrum. de Chirurg.*, Paris, 1895, N° 6, p. 44-45, 2 fig.

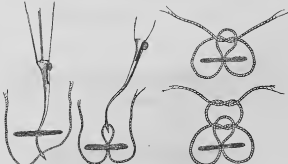


Fig. 19. — Nœuds à boucles de H. Delagénière.

Description du nœud à boucle passée, employé par M. Delagénière et qui lui rend les plus grands services (*Fig.* 19).

Ecarteur abdominal. — In *Catalogue d'Instruments de chirurgie*, Maison Collin, Paris, 1904.

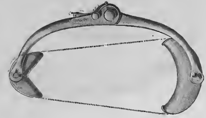


Fig. 20.— Ecarteur du Dr H. Delagénière.

On trouvera dans ce catalogue la figure de l'écarteur abdominal pour laparotomie que l'auteur a imaginé. Faisons remarquer simplement que cet écarteur se distingue des autres récemment inventés par ce fait que les deux valves ne sont pas identiques, l'une étant circulaire, l'autre elliptique (*Fig.* 20).

A signaler aussi le mécanisme des trois articulations qui a donné les meilleurs résultats.

INSTRUMENTS DIVERS DE M. H. DELAGÉNIÈRE (*Passim*)

1° *Sonde utérine* (*Fig.* 21).



Fig. 21. — Sonde utérine de H. Delagénière (Collin).

2° *Pince érigne élastique* (*Fig.* 22).

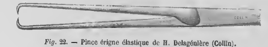


Fig. 22. — Pince érigne élastique de H. Delagénière (Collin).

3° *Drains métalliques* (pour laparotomie, etc.) (*Fig.* 23).

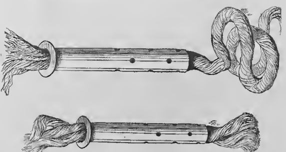


Fig. 23. — Drains métalliques de H. Delagénière (Collin).

4° *Désenclaveur* (pour fibromes utérins) (*Fig.* 24).

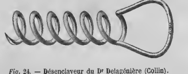


Fig. 24. — Désenclaveur du Dr Delagénière (Collin).

X. — GYNÉCOLOGIE.

117. Du plan incliné dans certaines laparotomies; huit cas. — *Progrès méd.*, Paris, 1891, 2. s., XIII, 206, 225.

L'auteur, encouragé par M. Marcel Baudouin, qui avait constaté *de visu* les avantages du plan incliné employé en Allemagne dès 1890, en est devenu partisan convaincu et relate huit cas à l'appui. Pour plan incliné, il se sert d'un pupitre triangulaire simplement posé sur une table assez longue pour y étendre la malade horizontalement, si le besoin s'en fait sentir pendant l'opération (*Fig.* 25).

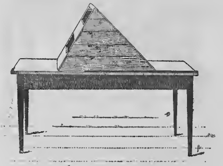


Fig. 25. — Plan incliné primitif de H. Delagénière (Dupont).

L'auteur fait clairement ressortir les avantages du plan incliné. On a remarqué que la dose de chloroforme pour obtenir et maintenir le sommeil est moindre que dans le plan horizontal. (La méthode adoptée était celle des doses faibles et continues ; une précaution à prendre est celle de relever de temps en temps le menton pour maintenir la bouche ouverte). Quand les intestins ne présentent pas d'adhérence, ils se précipitent si bien, *sous le diaphragme*, que l'abdomen, creusé en bateau, *laisse apercevoir au-dessus du pubis le contour des tumeurs* qui étaient invisibles dans la situation horizontale. L'incision peut se faire moins étendue. Elle sera surtout moins dangereuse, car l'intestin, ayant quitté la région sus-pubienne, ne risque pas d'y être blessé. L'exploration est rendue bien plus facile et, fait très intéressant, si l'intestin est adhérent, seules les anses adhérentes restent suspendues aux organes pelviens. Ces anses, au fur et à

mesure qu'on les détache, *fuient d'elles-mêmes vers le diaphragme*, et, de la sorte, laissent la place libre pour l'exploration et l'intervention. Enfin le plan incliné en impliﬁant la recherche et la rupture des adhérences, rend également plus aisée l'intervention sur l'utérus, sur les annexes, sur les ligaments et même sur le cul-de-sac de Douglas et la face antérieure du rectum d'ordinaire si difficiles à atteindre et à bien examiner. Il va de soi que si quelque anomalie dans les organes génitaux internes exige une exploration encore plus minutieuse du grand et du petit bassin, c'est encore le plan incliné qui la rendra plus facile et plus profitable pour le malade.

118. Du plan incliné à 45° ; ses avantages en chirurgie abdominale ; étude fondée sur 102 opérations. — *Assoc. franc. de Chir.* Proc. verb., etc. Paris, 1893, VII, 439-450.

L'auteur pratiqua sa première laparotomie sur le plan incliné le 18 novembre 1890 (1er cas de laparotomie faite en France dans ces conditions).

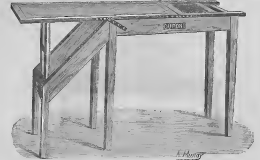


Fig. 26. — Table à plan incliné de H. Delagénière.

Les avantages de cette position déclive lui parurent si considérables, que, depuis il y a eu recours pour la plupart de ses laparotomies et de ses tailles. Il décrit l'appareil fort simple duquel il se servit d'abord (*Fig.* 25), puis celui qu'il fit construire ensuite (*Fig.* 26, 27 et 28). Il insiste sur la nécessité absolue d'incliner la malade au moins de 45°, afin de débarrasser l'opérateur des anses intestinales. Sur **102** opérations pratiquées sur le plan incliné, il y a eu **93** guérisons et **9** décès. M. Delagénière passe ensuite en revue les avantages que peut présenter le plan incliné dans les différents types d'opérations pour lesquelles il l'a employé : *Interventions sur le péritoine seul ; salpingo-oophrectomies simples ; hystéropexies ; opérations d'Hegar ; ovariotomies ; laparotomies pour suppurations pelviennes ; hystérectomies abdominales ;* explorations *de visu* des cancers de la partie supérieure du rectum ; *opération sur la vessie.*

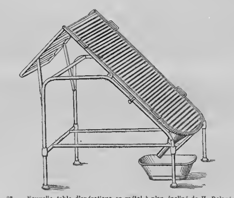


Fig. 27. — Nouvelle table d'opérations en métal à plan incliné de H. Delagénière (Position incliné).

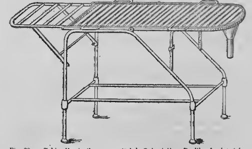


Fig. 28. — Table d'opérations en métal de Delagénière. Position horizontale.

A. — CHIRURGIE DES OVAIRES ET DES TROMPES.

119. Malformations congénitales; ectopie des ovaires, absence d'utérus et de vagin, phénomène de congestion supplémentaire. Laparotomie, ablation des ovaires en ectopie; création d'un vagin. — *Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1891, 5e sess., 346.

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de 23 ans chez laquelle il fit une laparotomie, enleva les ovaires et créa un vagin, le 4 février 1891, et le 16 du même mois. Après avoir décrit l'état de la malade, ses antécédents, M. Delagénière entre dans les détails de la première intervention (laparotomie, ablation des ovaires en ectopie), et de la seconde (création d'un vagin). Il rapporte les résultats de l'examen microscopique des pièces, et de l'examen histologique, qui démontrent qu'on avait affaire à des ovaires scléro-kystiques. L'auteur fait suivre son étude clinique des réflexions suivantes : On peut, dans certains cas, diagnostiquer des ectopies déterminant par leur situation anormale des troubles fonctionnels justiciables d'une intervention chirurgicale. La recherche des ovaires est considérablement facilitée par la position déclive de la malade sur le plan incliné à 45 degrés. Pour ce qui concerne la restauration vaginale, les résultats thérapeutiques ne peuvent pas encore être considérés comme définitifs. L'ablation des ovaires paraît au contraire avoir eu un résultat des plus favorables. Cette observation démontre l'atrophie complète des organes développés aux dépens des canaux de Müller. Dans ce cas, l'existence d'un hymen très bien conformé, semblerait démontrer que cette membrane ne se forme pas aux dépens des canaux de Müller puisque le vagin n'existe pas, mais aux dépens des conduits de Wolff. La vessie était en rapport direct avec le rectum, auquel elle adhérait par l'intermédiaire d'un tissu dense. C'est dans cette espèce de cloison fibreuse que l'auteur a cherché à créer un vagin.

120. Discussion sur les suppurations pelviennes. — *Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1re session, Bruxelles, 13-17 septembre 1892. Tiré à part, Bruxelles, Imp. Bulens, in-8o, 8 p.

De dix-huit observations prises à sa maison de santé du Mans, et dont il donne un résumé sommaire, l'auteur conclut que : 1° la laparotomie est moins grave que l'hystérectomie ; 2° les résultats définitifs paraissent devoir être aussi bons dans la laparotomie que dans l'hystérectomie ; 3° l'inconvénient de la cicatrice abdominale est moins important que les dangers d'ouvrir la vessie que fait courir l'hystérectomie. Il faut donc restreindre énormément les indications de l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, qui ne devra être jamais une opération de choix, mais une opération de très rare exception.

121 De l'hystérectomie abdominale totale dans certaines lésions suppurés des annexes. Une observation. — Tirée à part des *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1892. Paris, 1892, in-8°, 8 p.

En présence des lésions suppurées des annexes : 1° la laparotomie suivie de l'ablation des annexes malades, sera l'opération de choix, lorsque l'utérus sera atteint de métrite de moyenne intensité, curable par un simple curetage préalable ou par un traitement médical, ou lorsque les annexes ou les poches purulentes seront inaccessibles au toucher vaginal ou formeront avec les anses agglutinées un magma compact dans le bassin au milieu duquel se trouve l'utérus mobilisé ; 2° l'hystérectomie abdominale totale sera réservé aux mêmes cas que précédemment, lorsque l'utérus sera atteint de métrite ancienne ou fongueuse, lorsqu'il renfermera des noyaux fibreux, lorsqu'après isolement des annexes, il présentera une surface dénudée, saignante, pouvant devenir après l'opération un danger d'infection péritonéale ; 3° l'hystérectomie vaginale sera indiquée dans le cas de poches purulentes immédiatement en contact avec l'utérus, c'est-à-dire accessibles au toucher vaginal, et dans les cas où l'utérus est malade, à la condition d'avoir la certitude de pouvoir enlever les annexes en totalité, c'est-à-dire lorsque les lésions ne sont pas très avancées et que l'utérus est encore mobile.

122. De la castration abdominale totale dans les affections septiques de l'utérus et des annexes. — *Assoc. franç. de Chir.*, Lyon, Proc. verb., etc., 1894, Paris, 1895, VIII, 729-759.

Comme tous les chirurgiens, l'auteur a eu à déplorer fréquemment des échecs thérapeutiques dans des cas de lésions septiques de l'utérus et des annexes, aussi bien après la simple castration par voie abdominale qu'après l'hystérectomie vaginale. Ces deux opérations excellentes dans certains cas déterminés, deviennent absolument insuffisantes dans d'autres. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des malades qui, ayant subi une laparotomie et une ablation des annexes, continuent à souffrir de leur métrite ou périmétrite, ou bien conservent une fistule abdominale. Il est peut-être moins rare encore d'observer des malades hystérectomisés par la méthode de Péan continuant à souffrir de tout ou partie de leurs annexes laissées dans le ventre ou s'affaiblissant par une suppuration interminable. Pour tâcher de remédier à cet état de choses, l'auteur a suivi l'exemple d'un certain nombre de confrères américains (Polk, Krug, Baldy, Brown, etc.), et a pratiqué la castration abdominale totale, c'est-à-dire l'ablation complète par le ventre de l'utérus et des annexes. Sa première opération remonte au 20 janvier 1893 et il a communiqué l'observation de cette malade à la Société de Chirurgie. Cette opération, absolument nouvelle en France, fut loin d'être accueillie favorablement. Dans le travail actuel, très important, il montre quelles en sont les indications précises et comment elle doit être exécutée. (*Progrès méd.*, Paris, 3. s., I., N° 15, 250).

123. Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppurations pelviennes. — *Congrès int. de Gyn. et d'Obst.*, Genève, 1896, sept. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1896, XLVI, 161-163. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, 639.

Il est des cas de suppurations pelviennes pour lesquels les interventions classiques, la colpotomie, l'hystérectomie vaginale, la laparotomie suivie de l'ablation des poches, sont notoirement insuffisantes. Les unes peuvent laisser intactes des poches suppurées, si celles-ci sont haut situées ou très nombreuses : d'où échec thérapeutique. L'autre expose à laisser en place un utérus malade. Pour les cas où ces méthodes de traitement paraissent devoir échouer, l'auteur a recours à la castration abdominale totale. Il considère donc cette opération comme une opération d'exception, une méthode complémentaire des trois autres. Il choisit la voie abdominale toutes les fois qu'il y a quelque incertitude dans le diagnostic ; quand l'utilité de l'ablation de l'utérus est douteuse ; enfin quand l'opération faite par le vagin présente quelque difficulté particulière. Restreinte à ces proportions, la castration abdominale est une opération rarement indiquée ; mais elle nous paraît remplir une lacune importante dans le traitement des suppurations pelviennes. Quant à la question des résultats définitifs, la castration abdominale totale donne des résultats incomparables, tels que l'auteur n'en a jamais observé avec les autres méthodes ; la guérison est rapide et radicale ; elle l'a été du moins chez huit malades sur dix, qu'il a opérées. Ce sont ces résultats définitifs qui ont paru surtout importants à l'auteur et sur lesquels il attire l'attention du Congrès.

124. Kyste dermoïde de l'ovaire droit et lithopedion provenant de l'ovaire gauche. — *Arch. méd. d'Angers*, 1902, VI, 376-377.

Les deux pièces présentées par l'auteur proviennent d'une malade de 56 ans. Le kyste dermoïde volumineux dépassait l'ombilic ; il avait donné lieu d'abord à des accidents péritonéaux simulant assez bien une péritonite, puis, tout était rentré dans l'ordre, quand huit jours plus tard, la malade eut une phlébite des veines superficielles de la cuisse droite. Le pédicule de ce hyste était tourné deux fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre et cette torsion avait amené dans l'épaisseur des parois un vaste hématome. La ponction donna issue à environ 1500 gr. de liquide d'aspect crémeux, et, à l'ouverture de la poche, on trouva une quantité considérable de cheveux et un os, qui rappelle de loin la structure d'une vertèbre. En recherchant l'ovaire gauche, on le trouva enfoui dans des adhérences, au milieu desquelles se terminait la trompe gauche. Cet ovaire était dur, ligneux, plus gros qu'un œuf de poule. L'auteur crut avoir affaire à un deuxième kyste dermoïde; mais cette hypothèse s'accordait mal avec une grossesse normale qu'avait eu la malade il y a environ trente-cinq ans. Ayant pratiqué une section longitudinale le long de la partie dépressible, correspondant à l'insertion de l'ovaire, il pénétra dans une cavité remplie d'une matière granuleuse, analogue à de vieux caillots transformés. En lavant ces caillots, il mit à découvert un embryon calciné, accolé à la paroi postérieure de la coque calcaire, blanchâtre et ovoïde, qu'offre la pièce. — Il est donc probable qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine ovarienne, enkystée, et ayant subi une transformation calcaire.

125. De la grossesse tubo-utérine ou interstitielle. Deux observations. — Paris, 1902, *Institut de Bibliographie,* in-8°, 16 p.

Les deux faits de grossesse extra-utérine interstitielle, que rapporte l'auteur, ont pour but d'attirer l'attention des gynécologistes et des chirurgiens sur cette forme encore peu connue de grossesse extra-utérine, qui lui paraît être beaucoup plus fréquente que le disent les classiques, qui la déclarent fort rare. Il résulte, de ces deux faits et des autres faits connus, que, lorsque le ventre est ouvert pour un cas de grossesse extra-utérine diagnostiquée cliniquement, on reconnaîtra la grossesse tubo-utérine à l'asymétrie de l'utérus, à l'existence d'une tumeur kystique dans la partie hypertrophiée, à l'asymétrie dans l'insertion des trompes et des ligaments ronds, et surtout à l'insertion du ligament rond en dehors de l'œuf. La symptomatologie de la grossesse tubo-utérine se confond avec celle de la grossesse extra-utérine proprement dite. Mais, parmi les variétés de grossesse utérine, la grossesse tubo-utérine doit être considérée comme une des plus graves, sauf au début de la grossesse où elle pourra évoluer du côté de la cavité utérine par un avortement. Le traitement sera purement chirurgical. Le ventre ouvert, il faut toujours préférer les méthodes conservatrices, lorsque la fonction génitale pourra être conservée, et employer la castration abdominale totale ou subtotale dans les cas graves, avec ou sans infection, lorsque l'utérus est en partie détruit, ou infiltré de sang. — C'est à cette dernière opération que l'auteur a eu recours dans ces deux cas.

126. Des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus pendant le cours de la grossesse. Trois observations. — Paris, 1894, Bureaux des *Archives provinciales de Chirurgie,* in-8°.

Ces trois observations de kystes de l'ovaire et de salpingites pendant la grossesse ont nécessité des opérations qui mettent en relief les faits suivants. La gravité opératoire ne paraît pas être plus grande que dans toute autre laparotomie. L'acte opératoire en lui-même ne paraît pas avoir une grande influence sur l'évolution de la grossesse, dans les cas simples et même compliqués. Dans aucun cas, l'état de grossesse ne doit modifier les indications opératoires. Au point de vue de l'affection primitive, la grossesse n'est en somme qu'une complication, qui rend l'opération nécessaire et quelquefois même urgente.

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS.

127. Chirurgie de l'Utérus. — Paris, *Inst. de Bibliogr. Sc.*, 1898, in-8°, 466 p., 378 fig.

La « Chirurgie de l'Utérus » du Dr Henry Delagénière est une œuvre didactique importante, consciencieusement élaborée, dans laquelle l'expérience et les recherches personnelles de l'auteur s'affirment non seulement dans le choix des interventions, dans l'appréciation de leur valeur, mais aussi dans la découverte ou le perfectionnement des procédés.

Au point de vue instrumental, on lui doit des modèles de pinces hémostatiques, de sonde intra-utérine, un tire-bouchon à traction pour fibromes, une table spéciale.

Son influence heureuse se serait affirmée à propos de la réduction de l'utérus gravide après laparotomie, de l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, de la décortication de bas en haut des fibromes, de l'hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes, de l'hystérectomie vagino-abdominale pour cancer.

On lui devrait des procédés spéciaux pour le raccourcissement des ligaments larges, pour l'hystérectomie médiane par énucléation, un manuel opératoire personnel pour l'hystérectomie abdominale totale.

Ce livre est de ceux qui fixent l'attention sur son auteur, en contribuant au progrès de la chirurgie (*Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1899, Nov. 7, N°. 39, 425-426).

L'Académie de Médecine a d'ailleurs accordé le *Prix Laborie*, à cet ouvrage dès l'année qui a suivi son apparition.

128. Délire aigu consécutif à de l'infection puerpérale, guéri par le curettage et la désinfection de l'utérus [en collaboration avec le Dr Horeau]. — *Arch. méd. d'Angers*, 1897, I, 64-67.

Il s'agit, dans cette opération, d'une jeune femme de 23 ans, chez laquelle l'auteur pratique un curettage, le 31 octobre 1896. A cette date, la malade, qui délirait depuis cinq jours, se trouvait dans une situation des plus graves ; (à tel point que l'opération put se faire sans anesthésie, et sans que la malade s'en aperçut). Désinfection à l'aide d'une solution de zinc ; installation d'un tube à drainage dans le col. Vingt jours après, la guérison est complète. — L'auteur insiste sur les accidents cérébraux présentés par le sujet.

Son observation met en relief le rôle joué par l'infection sur l'apparition des accidents cérébraux : rôle qui prend, dans ce cas particulier, l'importance de cause à effet, puisque le curettage en combattant l'infection, a fait

disparaître ces accidents. Il insiste sur l'efficacité d'une désinfection locale, sur une infection devenue générale, fait qui justifie les plus hardies tentatives, même l'hystérectomie, dans l'infection post-puerpérale à forme péritonitique.

Un second point doit attirer l'attention. Ne devrait-on pas, dans le délire aigu, dont les aliénistes admettent l'incurabilité, rechercher le point de départ de l'infection, puisque aujourd'hui les spécialistes assignent à ce délire une origine infectieuse ? (Métrites, affections des annexes, ulcères, etc.). De même pour certains cas de manies post-puerpérale.

129. Hystéropexie ou suspension de l'utérus à la paroi abdominale. — *Ann. de Gynéc. et d'Obstét.*, Paris, 1890, XXXIV, 417-445. — Tiré à part, in-8°, 29 p.

L'auteur passe successivement en revue dans ce travail l'histoire, les indications, les contre-indications, le manuel opératoire, et les résultats de cette opération, qui à ce moment était d'une date trop récente pour émettre une opinion formulée et tranchée. Il s'est borné, comme l'ont fait la plupart des chirurgiens, qui ont écrit sur la question, à résumer les documents connus, à faire l'examen critique des procédés employés, en s'appuyant, pour ce dernier point, sur les règles générales de la chirurgie abdominale et sur les faits qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de son maître, M. le Pr Terrier. — La conclusion de l'auteur est que l'hystéropexie paraissait alors être l'opération de l'avenir pour remédier à la plupart des cas de rétrodéviations.

130. Du raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds dans la rétroversion de l'utérus [*Rev. génér.*]. — *Cong. int. de Gynéc. et d'Obst.*, Amst., 1899, 8-12 août. — *Sem. gynéc.*, Paris, 1899, IV, 33. — *Rev. de Gynéc.*, Paris, 1899, III, 958.

Le raccourcissement des ligaments larges ou des ligaments ronds ne doit pas chercher à remédier seul à la rétroversion. On doit concevoir ces opérations comme des opérations auxiliaires, venant apporter leur appoint à d'autres opérations, telles que la salpingo-oophrectomie, ou la colpopérinéorraphie. On doit d'abord étudier si la rétroversion est réductible, ou au contraire irréductible. Dans le premier cas, l'opération sera extra-péritonéale; dans le second, elle sera intra-péritonéale.

L'opération extra-péritonéale portera sur l'utérus, le vagin, et les ligaments ronds. L'utérus sera curetté : au besoin, on fera l'amputation du col, et même, si le volume de l'organe est augmenté, s'il y a des noyaux fibreux, on fera la ligature des artères utérines. Le vagin sera restauré avec soin ; suivant les cas, on fera une colpopérinéorraphie. Enfin on terminera par l'opération d'Alexander, c'est-à-dire par le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds.

L'opération intra-péritonéale traitera d'abord les adhérences qui retenaient l'utérus, puis remédiera aux lésions annexielles, enfin cherchera à corriger la rétroversion, en raccourcissant les ligaments larges ou les ligaments ronds. Les ligaments ronds seront raccourcis, lorsqu'il y a rétro-déviation simple sans début de prolapsus. Au contraire, quand l'utérus paraît s'enfoncer dans le bassin, on fera le raccourcis-

sement des ligaments larges. Les opérations intra-abdominales n'empêchent pas du reste les opérations sur le périnée, si elles étaient jugées nécessaires.

L'auteur apporte 33 observations, dont 15 extra-péritonéales et 18 intra-péritonéales. Parmi les 15 premières, qui ont toutes subi l'opération d'Alexander, toutes aussi ont été curettées, 14 ont subi l'amputation du col, 11 la périnéorraphie, 2 la colporraphie antérieure, enfin 2 la ligature des artères utérines. Les 18 autres malades se divisent en 9 opérations sur les ligaments larges et 9 sur les ligaments ronds. Toutes ont subi, en même temps que la décortication de leur utérus, la résection bilatérale de leurs annexes. Ces 33 malades ont parfaitement guéri de leurs opérations; le résultat immédiat a été excellent et s'est maintenu très bon chez toutes celles que l'auteur a revues.

La technique opératoire n'offre rien de particulier ; cependant l'auteur préconise son procédé personnel pour le raccourcissement des ligaments larges, celui de Ruggi pour les ligaments ronds, celui de Kocher modifié (en ce sens qu'il emploie les fils de bronze aluminium de Socin pour les sutures perdues) pour l'Alexander. Pour la périnéorraphie, il emploie le procédé de Lawson Tait, en poursuivant le dédoublement très largement jusqu'au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Enfin, au lieu de fils séparés, l'auteur fait un capitonnage soigné avec un surjet de catgut.

131. Traitement chirurgical de la rétroversion de l'utérus par le raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds. — *Arch. méd. d'Angers,* 1900, IV, 153-165.

L'auteur établit d'abord ce point important que la plupart des déviations et des déplacements de l'utérus sont produits par le relâchement plus ou moins prononcé de tous les ligaments qui maintiennent l'utérus en place. Il faut également considérer l'état du vagin et du périnée, qui sont aussi un facteur du relâchement des ligaments, surtout chez les femmes enceintes ; car la grossesse agit à la fois sur les ligaments qu'elle distend, sur le périnée, sur le vagin ; et c'est, en effet, chez les femmes qui ont eu des enfants que l'on rencontre le plus souvent la rétrodéviation.

Il résulte de ce qui précède que l'opération, pour être efficace, devrait porter à la fois sur le périnée, le vagin et sur tous les ligaments de l'utérus. C'est vers ce but que doit tendre l'opérateur. Mais il y a lieu de considérer deux cas. D'abord, celui où l'utérus est réductible et celui où il est irréductible ; dans ce premier cas, l'opération sera extrapéritonéale : raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds par l'opération d'Alexander, restauration du périnée. Dans le deuxième cas, où il y aura irréductibilité par suite d'adhérences, on devra pratiquer la castration abdominale totale, ou bien seulement l'ablation des annexes puis on fera le raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds.

L'auteur résume ensuite sous forme de tableaux les observations de ses malades et termine son travail par quelques considérations pratiques sur la technique opératoire qu'il a suivie et qui est à peu près celle de Kocher.

132. Stomatoplastie et entéroplastie [*Revue générale*]. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1898, I, 456.

1° *Stomatoplastie.* L'auteur définit, tout d'abord, cette opération, qui, dit-il « est une discission définitive ». Puis il passe à l'*historique*. Etudiant ensuite

la *technique opératoire*, il décrit les principaux procédés. En terminant les *indications* de la stomatoplastie, à son point de vue : sténoses du col (par hypertrophie, par flexion du corps sur le col, surtout l'antéflexion). « La stomatoplastie, dit-il, sera donc souvent une opération complémentaire du curettage de l'utérus, au même titre que l'amputation du col, qui, dans ces mêmes cas, se trouve également indiquée ».

2° *Utéroplastie*. On sait qu'elle a pour but de remédier aux flexions de l'utérus par une autoplastie faite aux dépens de l'organe lui-même. L'auteur décrit le *manuel opératoire* d'après Elischer et les autres chirurgiens. Les suites sont des plus simples ; la grossesse ne paraît pas devoir être entravée par cette opération, qui n'a été employée que contre les *rétroflexions* de l'utérus.

133. Traitement opératoire des fibromes. [Discussion]. — *Cong. de Gynéc. d'Amst.*, 1899, 10-13 août.

L'auteur dit que les rapporteurs, et principalement M. Doyen, paraissent avoir accordé peu de faveur aux méthodes palliatives employées contre les fibromes. Il voudrait réparer cette omission, en attirant l'attention du Congrès sur une opération, encore relativement nouvelle, et qui mérite, d'après lui, d'être prise en très sérieuse considération. Il s'agit de la « ligature des artères utérines par le vagin », dans les cas de fibromes interstitiels, peu volumineux, ou laissant libre accès de la base des ligaments larges. Cette opération, absolument bénigne, très facile à exécuter, a donné d'excellents résultats à l'auteur dans cinq cas de fibromes, dont il apporte les observations. Ces cinq malades avaient des métrorragies considérables, présentaient plusieurs fibromes dans leur utérus, et quelques-unes souffraient de compressions viscérales. L'opération amena chez toutes la cessation immédiate de l'hémorragie, la diminution rapide, puis la disparition des phénomènes de compression, enfin la régression progressive du volume de l'utérus. Ces opérations remontent, l'une à 1896, deux à 1897, deux à 1898. Cette opération paraît à l'auteur indiquée dans les cas de fibrome petit, interstitiel, dans les cas de fibromes multiples, même s'il en est de cavitaires qu'on devra en même temps énucléer (dans ce cas, la ligature des artères utérines n'est qu'une opération complémentaire). Enfin, on pourra la tenter chez les malades pusillanimes, qui refusent l'opération radicale, quand l'accident prédominant sera l'hémorragie. (*Bull. méd.*, Paris, 1899, XIII, 778-779).

134. De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1900, IX, 69-87, 1 fig.

Dans ce travail, l'auteur se demande d'abord comment se comporte la grossesse dans les utérus fibromateux. Pour étudier cette question, qui est très complexe, il examine d'abord le rôle mécanique joué par le fibrome, puis les dangers d'infection qu'il fera courir à la malade après la délivrance; enfin il passe en revue, en les critiquant, les diverses ressources thérapeutiques. La conclusion qui découle de cette étude, c'est que le chirurgien, appelé à donner ses soins à une femme enceinte, atteinte de fibromes, doit avoir sur la question une opinion arrêtée. La malade, qui est exposée à un grand nombre d'accidents, doit faire délaisser absolument la méthode de la délivrance par les voies naturelles. Quelques praticiens

attaquent directement les fibromes pour laisser la grossesse évoluer graduellement, d'autres laissent la grossesse aller aussi loin que possible et interviennent alors pour supprimer la matrice en tout ou partie après avoir délivré la femme par voie abdominale. L'auteur démontre ensuite que, l'utérus devant être sacrifié, il y a trois opérations que l'on peut entreprendre: l'opération de Porro, l'hystérectomie supra-vaginale, et l'hystérectomie totale. Il préfère de beaucoup les deux dernières méthodes, bien qu'il ait lui-même employé avec succès l'opération de Porro. — L'auteur termine en rapportant 7 observations de grossesse comme complication des fibromes de l'utérus.

135. Indications opératoires dans les cas de fibromes de l'utérus, compliqués de grossesse. — *Cong. de Gynéc.*, Nantes, 1901, septembre.

Les fibromes de l'utérus, qui peuvent amener des complications dans l'accouchement, sont très variables au point de vue de leur nombre, de leur volume, de leur siège, et aussi au point de vue des modifications qu'une grossesse peut leur imprimer.

On doit tenir compte, en outre, de la situation de l'œuf par rapport au fibrome, du siège d'implantation du placenta, de la présentation de l'enfant, et surtout de sa viabilité ou non viabilité.

Puisque la grossesse, dans un utérus fibromateux, doit être considérée comme une complication, la première idée qui se présente est de pratiquer l'avortement ou de pratiquer l'accouchement. Or, les statistiques ont démontré que la mortalité, pour la mère et l'enfant, était beaucoup plus élevée dans ce genre d'intervention que dans une opération abdominale pratiquée dans n'importe quel cas.

Il faut donc renoncer absolument aussi bien à l'avortement provoqué qu'à l'accouchement provoqué.

Quand on est appelé auprès d'une malade atteinte de fibrome et devenue enceinte, la première question est d'établir si on doit laisser aller la grossesse jusqu'à terme. On sait, en effet, que l'accouchement peut se faire d'une façon normale dans certains cas; il est donc logique d'attendre une complication servant d'indication opératoire. Parmi ces complications, on doit signaler les douleurs, l'incarcération de la matrice, exerçant une pression aiguë, la compression des uretères, du rectum, lorsque la tumeur est située dans le segment inférieur; de même, les accidents qui peuvent arriver au fœtus et en amener la mort. Quand l'intervention est décidée, il faut alors déterminer si l'enfant est viable ou non viable. S'il est viable, les opérations conservatrices doivent être préférées : l'éclunéation vaginale pour les fibromes du col; l'énucléation abdominale pour les fibromes pédiculés du fond ou des faces de l'utérus, et pour les fibromes des ligaments larges. Enfin, quand l'enfant est à terme, la section césarienne suivie de l'énucléation du fibrome.

Lorsque l'enfant n'est pas viable, on doit recourir aux méthodes conservatrices sus-mentionnées, quand il n'y aura pas d'infection de l'utérus; si cette infection existe, l'hystérectomie totale ou sus-vaginale devient alors l'opération de choix, l'opération de Porro ne devant être considérée que comme une opération d'exception. — Ces conclusions sont tirées de sept observations personnelles. (*Gaz. med. de Paris*, 1901, 12 s., I, 318).

136. Cancer de l'utérus. — *Rev. de Gynéc.*, Paris, 1900, IV, 835.

L'auteur vient ajouter à deux cas rapportés déjà deux nouvelles observations de « ligature de l'artère hypogastrique », pour obtenir l'hémostase définitive et préventive dans l'hystérectomie abdominale. De ces 4 cas, on peut conclure : 1° que les effets de la ligature préventive des artères hypogastriques, combinée à celle des utéro-ovariennes, ne sont pas toujours identiques (une fois hémostase complète, deux fois hémostase relative, une fois pas d'hémostase); 2° cette ligature, si elle est efficace, simplifie énormément l'opération, et permet de la faire presque à blanc; 3° elle devait être tentée, malgré tout ce qu'elle a d'aléatoire, dans les cas de néoplasmes généralisés au bassin.

137. Traitement chirurgical du cancer de l'utérus [Discussion]. — *XIIIe Congr. internat. de Méd.*, Paris, 1900, août 2-9.

Les effets de la ligature préventive des « artères iliaques internes », combinée à celle des utéro-ovariennes, ne sont pas toujours identiques. L'auteur a obtenu une fois l'hémostase complète; deux fois une hémostase relative; surtout efficace sur la circulation du fond du bassin; et, une dernière fois, aucune hémostase appréciable.

Cette ligature, si elle est efficace, simplifie énormément l'opération et permet même de la faire pour ainsi dire à blanc : dans le cas contraire, elle nécessite une hémostase de détail comme à l'ordinaire, hémostase peut-être quand même simplifiée du côté des artères vaginales.

Cette ligature, malgré tout ce qu'elle a d'aléatoire, devra être tentée dans les cas de néoplasmes de l'utérus généralisés au bassin ; cette tentative pouvant dans ces cas rendre d'énormes services, et dans le cas d'insuccès ne pouvant nuire en aucune façon.

Pour pratiquer cette ligature préventive, la malade étant en position déclive et le ventre ouvert, la séreuse est soulevée avec une pince à griffe au-dessus de la bifurcation de l'iliaque primitive, puis incisée d'un coup de ciseaux ; on passe alors un fil sous l'iliaque interne avec l'aiguille de Deschamps ; et on lie vigoureusement le fil ; la boutonnière séreuse est fermée par un point. On lie ensuite l'artère de l'autre côté. (*Presse méd.*, Paris, 1900, II, 82).

138. Hystéropexies vaginales [*Revue générale*]. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, 671-690, 18 Fig.

Après avoir donné la définition des hystéropexies vaginales, et en avoir fait l'historique, l'auteur étudie la technique opératoire; en un paragraphe il en décrit le manuel opératoire typique. Ensuite, il passe aux procédés divers, qu'il classe en trois catégories : ceux qui s'adressent uniquement au vagin : *Pexies vaginales* ou *Vaginopexies*; ceux qui s'adressent au col : *Trachelopexies*; et enfin, les plus

nombreux et les plus importants, qui s'adressent au corps de l'utérus : *Hystéropexies* proprement dites.

I. *Pexies vaginales*. M. Delagénière en décrit les cinq procédés principaux : Procédé d'Amussat, de Sims, de Skultsk, de Doléris, et de Péan.

II. *Trachélopexies*. L'auteur rappelle que les unes s'adressent au *col*, qu'elles veulent fixer à une des *parois vaginales* (Richelot père), *sans ouvrir les culs-de-sac péritonéaux* (Nicoletis, Byford), les autres *ouvrent le cul-de-sac postérieur* (Freund). Il décrit ces procédés.

III. *Hystéropexies vaginales proprement dites*. M. Delagénière donne le tableau des *hystéropexies vaginales proprement dites*, et les divise en *hystéropexies* dans lesquelles le *vagin ne sert pas à la fixation* (Procédés de Swiccicki, de Candela, de Guenther), et en hystéropexies dans lesquelles le *vagin sert à la fixation*. L'utérus peut être fixé *directement* au vagin (*Méthode de Schücking*, comprenant les procédés de Schücking proprement dit de Thierry, Zweifel, Töngren, Braithwaite). *Méthode de Mackenrodt*, avec les procédés de : Mackenrodt proprement dit, Winter, Steinbuckel, Orthenano, MM. le Dentu et Pichevin, Knorre ; *Méthode de Dührssen* avec les procédés de : Dührssen, proprement dit, Sänger, Jacobs). L'utérus peut être fixé indirectement au vagin (V. la 1[re] partie de la *Chirurgie de l'Utérus*, p. 25). M. Delagénière décrit les divers procédés dont il vient d'être question, en indique les suites, et en donne les indications, qui sont celles de l'opération d'Alexander, qu'on devra toujours préférer, parce que l'hystéropexie vaginale s'oppose à la grossesse. Cette dernière intervention sera choisie quand on pourra avoir un intérêt à explorer les annexes directement, ou bien, chez certaines femmes grasses, quand *l'opération d'Alexander aura échoué*, ou bien quand on aura des raisons de craindre de rencontrer des *ligaments ronds par trop rudimentaires*. L'hystéropexie vaginale sera rarement indiquée. L'auteur ne la pratique que comme *opération complémentaire*.

139. Hystérectomie vagino-abdominale [*Rev. Générale*]. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1898, VII, 671-690, 18 fig. — *Progrès méd.* Paris, 1898, 3 s., VIII, 385-388. [Ext. de la *Chirurgie de l'Utérus*. Paris, Inst. de Bibl., 1898, 450 p., 36 Fig.].

L'auteur donne une définition de cette opération, en indique la synonymie (Opération de Bardenheuer), et en trace l'historique. Il passe ensuite à la technique opératoire, et au manuel opératoire d'après son *procédé personnel*, qu'il a adopté pour tous les cas de cancer de l'utérus. Il en décrit les deux temps: A) Temps vaginal ; B) Temps abdominal. Puis il étudie les procédés divers : de Bardenheuer (1881), de Moulonguet (1897), de Bolet (1893), de Rouffart (1891), de Jacobs (1893), de Chaput (1893), de Delaunay, de Routier (1897). M. Delagénière fait observer, en terminant, que, si l'hystérectomie vagino-abdominale présente des avantages pour faciliter l'exécution de l'opération, ces avantages disparaissent devant le danger d'infection que court le malade. Il la proscrit, quand l'opération peut se faire complètement par le ventre ou par le vagin. Mais elle devient l'opération de choix quand l'intervention nécessite l'emploi des deux voies combinées. Or, le cancer utérin est la seule affection qui remplisse ces indications, car, dans ce cas, on doit enlever, en même temps que l'utérus, le tiers supérieur du vagin, et tous les ganglions iliaques.

140. Ligatures atrophiantes. — *XIIIe Congrès internat. de Médecine*, Paris, 1900; *Sect. de Gynéc.*, Paris, 1901, in-8o, p. 126.

L'auteur n'emploie la ligature des artères utérines par le vagin que dans les cas de fibromes de l'utérus petits, lorsque l'utérus est abaissable, et lorsque la tumeur ne présente pas d'évolution rapide, et comme opération complémentaire pour polypes à évolution vaginale, lorsqu'on trouve dans l'utérus d'autres noyaux fibreux, dont la ligature peut arrêter le développement.

La technique n'a rien de bien spécial. Après avoir dénudé le col de l'utérus, on isole la base du ligament large, puis l'artère reconnue on la coupe d'un coup de ciseaux, et l'on place un fil sur chaque bout. Cette ligature est répétée de chaque côté. Enfin deux ou trois points de suture sont placés sur la section vaginale.

141. Hystérectomies abdominales. — *VIIe Congr. franç. de Chir.* Paris, 1893, in-8o, p. 83.

L'auteur adopte, au sujet de cette opération, les conclusions générales suivantes: 1o l'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic ; 2o la castration ou opération d'Hégar est l'opération de choix pour les petites tumeurs, chez les femmes jeunes, quand le symptôme dominant est la métrorragie ; 3o l'énucléation par morcellement est indiquée dans les petites tumeurs sous-muqueuses ; elle devra se compléter de l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer ; 4o tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories très nettes seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale.

De telle sorte que l'opération de choix redevient l'hystérectomie abdominale.

142. Supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes. — *VIIe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1893, in-8, p. 617.

L'auteur rappelle les conclusions qu'il tira, à un Congrès de Bruxelles, de sa communication sur une série de 18 laparotomies pour suppurations pelviennes: 1o la laparotomie est moins grave que l'hystérectomie ; 2o les résultats définitifs paraissent devoir être aussi bons dans la laparotomie que dans l'hystérectomie vaginale ; 3o l'inconvénient de la cicatrice abdominale est moins important que les dangers d'ouvrir la vessie que fait courir l'hystérectomie. A l'appui de cette opinion, M. Delagénière rapporte 8 nouveaux cas de suppurations pelviennes graves ; et il conclut ainsi : les considérations statistiques démontrent, avec toute évidence, la supériorité de la laparotomie en tant que résultat opératoire ; les 4 cas d'hystérectomie rapportés ont donné de mauvais résultats ; au contraire, les 4 cas de laparotomie ont fourni des résultats absolument satisfaisants. Quant aux résultats éloignés, sur ses 17 premières laparatomisées, l'auteur en a retrouvé 16 : une est morte de

tuberculose pulmonaire, 13 sont complètement guéries ; chez une autre, l'état s'améliore tous les jours ; enfin, la dernière, guérie au point de vue anatomo-pathologique, est restée neurasthénique.

Donc, résultats excellents, quoique, parfois, la guérison se fasse longtemps attendre par la laparotomie.

143. L'hystérectomie abdominale totale dans certaines affections suppurées des annexes. — *Bull. Soc. de Chir.*, 1894, n. s., XX, 157-164.

L'auteur désire appeler l'attention des chirurgiens sur une méthode nouvelle, précieuse dans le traitement chirurgical de certaines affections des annexes, préconisée en même temps à New-York par Polk, à Philadelphie par M. Baldy, et délaissée, sinon ignorée chez nous. Cette méthode, dit M. Delagénière, doit tenir sa place entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie, qui sont loin de donner des succès de thérapeutiques constants. Il a donc recherché l'ablation totale des organes génitaux internes, quand il se trouvait en présence de métrites parenchymateuses très anciennes ou de métrites fongueuses occasionnant des métrorrhagies. Dans des cas semblables, l'auteur choisit, pour intervenir, la voie abdominale. Il est d'autant plus nécessaire, dit-il, d'enlever, outre les annexes malades, l'utérus, que ce dernier est le point de départ de l'affection, et qu'il peut continuer à causer des désordres inflammatoires. C'est ainsi qu'il a agi chez une femme de 36 ans, dont il rapporte l'observation. Cette malade était cachectisée par un séjour au lit très prononcé; utérus volumineux, bosselé, immobilisé. Culs-de-sac empâtés, très douloureux au toucher. Col volumineux, sanieux, entr'ouvert, donnant passage à un écoulement puriforme. Muqueuse utérine faisant ectopion, rouge fongueuse, saignant au moindre attouchement. M. Delagénière décrit le manuel opératoire qu'il a employé pour enlever l'utérus, avec les annexes de chaque côté. Guérison.

L'auteur conclut ainsi : 1° la laparotomie suivie de l'ablation des annexes malades sera l'opération de choix lorsque l'utérus sera atteint de métrite de moyenne intensité, curable par un simple curettage préalable ou par un traitement médical et lorsque les annexes ou les poches purulentes seront inaccessibles au toucher vaginal ou formeront, avec les anses agglutinées, un noyau compact dans le bassin au milieu duquel se trouve l'utérus immobilisé ; 2° l'hystérectomie abdominale totale sera réservée aux mêmes cas que précédemment lorsque l'utérus sera atteint de métrite ancienne ou fongueuse, lorsqu'il renfermera des noyaux fibreux, lorsque après isolement des annexes il présentera une surface dénudée saignante, pouvant devenir après l'opération un danger d'infection péritonéale ; 3° enfin, l'hystérectomie vaginale sera indiquée dans les cas de poches purulentes immédiatement en contact avec l'utérus, c'est-à-dire accessible au toucher vaginal ; et dans les cas où l'utérus est malade, à la condition d'avoir la certitude de pouvoir enlever les annexes en totalité c'est à-dire lorsque les lésions ne sont pas très avancées et que l'utérus est encore mobile.

144. De l'hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus. 10 observations. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1894, III, p. 333; 416; 493.

Les indications opératoires sont les hémorragies, les douleurs et un volume considérable du fibrome. L'hystérectomie totale doit être, comme moins grave, préférée

à l'hystérectomie partielle. Elle peut être faite par le vagin, par le vagin et l'abdomen, par l'abdomen et le vagin, enfin par l'abdomen seul. L'hystérectomie vaginale doit être réservée aux petites bumeurs ne dépassant pas le pubis de plus de deux travers de doigt, n'ayant pas d'adhérences et non enclavées. C'est l'hystérectomie abdominale totale qui est l'opération de choix. Avec le procédé de Doyen, on respecte les uretères, la vessie et les autres organes; mais on est forcé d'intervenir par la vulve et le vagin pour placer des pinces à demeure; ce qui est un double inconvénient.

L'auteur propose le procédé suivant: Désinfection du vagin et du col, puis tamponnement vaginal. Usage du plan incliné à 45°. Ligature puis section sous-salpingo-ovarienne. Formation d'une collerette proportionnée à l'étendue de la cavité pelvienne qui devra être recouverte. Cette collerette doit partir des bords supérieurs des ligaments larges et passer au moins à 2 centimètres au-dessus de la vessie. Pendant la dissection de la collerette, détachement pur et simple des ligaments larges en empiétant au besoin sur le tissu utérin. Libération circulaire du col et ouverture du vagin en arrière, enfin détachement de la tumeur. Hémostase soignée des vaisseaux vaginaux et utérins pincés dans l'isolement de la collerette. Suture du bord antérieur de la collerette au bord postérieur en adossant exactement la surface séreuse pour clore parfaitement la courbe péritonéale. Drainage abdominal. Sur 10 opérations l'auteur a eu une mort. (*Revue Sc. Méd.*, Paris, 1894, XLIV, N° 88, 563-564).

145. Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes. 10 nouveaux cas. 10 guérisons. — *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1895, juillet 3. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1895, 493-519.

Dans ce travail, l'auteur conclut que l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes, telle qu'on la pratique aujourd'hui, n'est pas une opération grave, puisqu'elle n'a donné à l'auteur sur un nombre total de 20 opérations en comprenant 10 cas antérieurs à ceux publiés aujourd'hui, un seul décès. On doit donc la conseiller pour tous les cas de fibro-myome, car ces tumeurs, indépendamment des hémorragies, des troubles de compression, etc., peuvent, dans certains cas, se comporter comme des tumeurs malignes. Parmi les procédés, celui de la *collerette* doit être préféré, car c'est un procédé uniquement abdominal, d'une sûreté absolue, et, en outre, applicable à toutes les variétés de fibromes. (*Progrès méd.*, Paris, 1895, 3, s., II, 246).

146. Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myomes; troisième série de 10 nouveaux cas. — *Cong. int. de Gyn. et d'Obst.*, Genève, 1896, sept. 1-5. — *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1896, V, 653-690. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1896, XLVI, 378-384.

Cette troisième série de 10 nouveaux cas d'hystérectomies abdominales totales pour fibro-myomes de l'utérus paraît intéressante surtout au point de vue des modifications apportées par l'auteur à la technique opératoire. Ces modifications ont porté sur trois points principaux. 1° *Préparation de la malade.* Elle se réduit à la

désinfection aussi complète que possible du vagin et du col de l'utérus. Dans ce but, la malade suivra chaque fois que cela sera possible, un *traitement préparatoire* (injections antiseptiques, pansements antiseptiques, etc.), pendant un certain temps avant l'opération. Au moment de l'opération, le vagin et le col utérin devront être traités comme le champ opératoire lui-même (écouvillonnage du col avec des mèches de gaze iodoformée, nettoyage du col et du vagin avec de l'alcool sublimé au centième, puis avec solution de sublimé au centième, enfin tamponnement lâche avec gaze iodoformée). 2° *Hemostase.* L'hémostase provisoire ne présente rien de particulier. La masse est enlevée comme une tumeur, et des pinces sont placées sur tout ce qui saigne. L'hémostase définitive est plus compliquée. L'auteur fait quatre pédicules pour les quatre sources artérielles principales. Pour l'artère utérine, il passe dans la paroi latérale du vagin, parallèlement à la section circulaire, une anse de grosse soie. Toutes les pinces placées sur l'utérine et ses branches sont renversées vers l'axe du bassin afin de permettre de nouer les chefs du fil en dehors des pinces. Le nœud est fait puis vigoureusement serré. Il en résulte un pédicule latéral accolé au vagin. Pour l'utéro-ovarienne, un fil à boucle passé et placé sous la pince champ et le pédicule est fait horizontalement à la hauteur du rebord de la collerette, absolument comme pour une ablation d'annexe. L'hémostase de la tranche vaginale est obtenue au moyen de trois anses de fil placées en avant et en arrière et destinées à relier la tranche vaginale au bord de la collerette. Enfin, comme dernière précaution, la collerette suturée, séreuse contre séreuse, au moyen d'un surjet isolant complètement le champ opératoire de la cavité péritonéale. Cette suture de la collerette présente encore cet avantage considérable de constituer une barrière efficace à l'infection pouvant venir du vagin. Le drainage est une précaution utile et sans inconvénient ; l'auteur préfère l'emploi des tubes en caoutchouc. 3° *Soins consécutifs.* Ne jamais laisser en place de drain plus de quarante-huit heures, surveiller le drainage de la plaie sous-péritonéale par le vagin (tamponnement vaginal renouvelé fréquemment, puis injections antiseptiques). Au point de vue des résultats, cette troisième série porte à 30 le nombre des opérations pratiquées par l'auteur, avec 28 guérisons et 2 morts.

147. De l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intra-ligamentaires. — *XI*e *Cong. franç. de Chir.*, Paris, in-8, p. 900. — *Rev. de Chir.*, Paris, 1897, XVII, 1056.

L'extirpation complète des kystes papillaires parovariens est souvent impossible ; et le chirurgien doit reconnaître son impuissance en marsupialisant la poche. Dans deux cas que l'auteur a opérés avec succès, il a pratiqué comme temps préliminaire de l'intervention, l'extirpation complète de l'utérus dans le but de créer une brèche centrale, donnant accès sur les parois du kyste et sous le péritoine pelvien. L'opération, faite dans ces conditions, a pu être menée à bien sans grandes difficultés. Voici quels en sont les temps principaux. Le ventre ouvert, on recherche l'utérus et on place une pince sur son fond, pour le maintenir fortement soulevé. On isole l'organe de haut en bas, c'est-à-dire du fond vers le col ; on commence en avant pour le séparer de la vessie, puis en arrière pour atteindre le vagin qu'on ouvre encore et qu'on repère : on isole ensuite les parois latérales ; puis on enlève l'organe en sectionnant circulairement le vagin autour du col. Des pinces sont placées

sur les vaisseaux qui donnent. Le kyste apparaît dans la brèche; on le saisit et on commence son énucléation, en suivant ses contours et en augmentant la brèche par une section du ligament large. Lorsque le bassin est évidé, on reconstitue le plancher pelvien en suturant le péritoine; puis on place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on referme la cavité abdominale. (*Semaine gynéc.*, Paris, II, 338).

148. Hystérectomie et néphrectomie. — *XIIe Cong. franç. de Chir.*, Paris, 1898, in-8, p. 676.

L'auteur rapporte une observation concernant une dame de 53 ans, qui vint le consulter pour une tumeur fibreuse, dont elle avait commencé à souffrir depuis quelques mois. Elle la portait depuis une dizaine d'années; l'accroissement en aurait plus que doublé de volume depuis cette époque. Douleurs dans tout le côté gauche du ventre, revêtant par moment les caractères de la colique néphrétique, puis ayant perdu ce caractère au bout de cinq à six mois; actuellement douleurs étendues à tout le côté gauche, sans caractères ni localisation bien nets. Après l'examen, l'intervention a lieu le 7 août 1897. On constate alors la curieuse disposition suivante : L'extrémité gauche de la tumeur est constituée par l'utérus fibreux, le rein et la rate entièrement fusionnés, sans qu'il soit possible à la vue de délimiter chacun de ces organes. M. Delagénière parvient à isoler et à la libérer; mais les adhérences sont tellement intimes par place qu'il en reste quelques débris accolés au rein. Il est impossible d'isoler le rein de l'utérus. La face postérieure de cette masse utéro-rénale étant libre dans sa portion utérine, et isolable de la paroi abdominale postérieure dans sa portion rénale, on parvint à attirer toute la tumeur en d'ehors de l'abdomen. Puis on termine l'opération. Le 5 septembre, la malade est guérie. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome du rein. L'auteur n'a pas trouvé, dans la littérature médicale, une observation analogue à la sienne. Il fait remarquer que la malade a bien supporté l'opération malgré la gravité extrême du traumatisme chirurgical. On doit peut-être, dit-il, attribuer la bénignité des suites opératoires à ce fait que la nephrectomie a été pratiquée sur un rein dégénéré et qui ne devait pas fonctionner depuis quelque temps déjà. Enfin, il semble qu'il y ait eu une coïncidence entre l'accroissement rapide du fibrome utérin d'une part et l'apparition des douleurs et du sarcome rénal d'autre part.

149. Hystérectomie abdominale totale. Hémostase préventive et définitive dans l'hystérectomie abdominale totale. — *XIIIe Cong. de Chirurg.*, Paris, 1899, in-8o, 205-208.

L'auteur rappelle que, depuis 1893, il a préconisé la méthode de décortication de haut en bas, ou précédé à collerette, et qu'il a insisté sur l'importance de l'hémostase dans l'opération. Il constate que la question des indications n'est qu'accessoire, tant que la technique opératoire n'est pas définitivement fixée. Par la méthode dont il est question, l'opération est simplifiée; mais ce qui importe, c'est la reconstitution du péritoine pelvien et l'hémostase. C'est à cette dernière que, dès le début de l'opération, on doit consacrer tous les soins. M. Delagénière trouvant que la ligature de l'artère utérine de l'utéro-ovarienne, de la petite arté-

riole du ligament rond, laissaient insuffisante l'hémostase de la paroi vaginale, en est arrivé à faire la ligature préventive de l'artère iliaque interne de chaque côté. Les temps principaux de l'opération peuvent être définis ainsi ; 1° ligature de l'utéro-ovarienne des deux côtés et section des ligaments larges ; 2° ligature et section des ligaments ronds ; 3° ligature tout près de la bifurcation de l'artère iliaque interne des deux côtés ; 4° ablation de la tumeur par le procédé de décortication du haut en bas (procédé de l'auteur) ; 5° fermeture de la collerette.

150. Hystérectomie abdominale totale dans les cas de fibromes compliqués d'albuminurie. — *Congrès int. de Gynéc. et d'Obst.*, 3e sess., Amsterdam, août 1899, broch. in-8°, 14 p.

D'après les conclusions de ce travail, basé sur 9 observations : 1° l'albuminurie chez les femmes atteintes de fibromes est vraie ou seulement passagère ; 2° elle est vraie chez les brightiques et passagère chez les malades infectés ; 3° dans le premier cas, l'hystérectomie n'est pas indiquée, parce qu'elle est très grave, et que, même si elle réussit, elle laisse une malade dont les reins ne fonctionnent pas bien ; 4° dans le deuxième cas, l'hystérectomie totale doit être conseillée, car l'albuminurie dans ces cas est bien souvent la conséquence du fibrome et que l'opération présente beaucoup moins de gravité en raison de la perméabilité des reins.

151. De l'hémostase préventive et définitive dans l'hystérectomie abdominale totale. — *XIIIe Cong. de Chir.*, Paris, 1899, p. 205.

Le temps le plus important de la technique opératoire de l'hytérectomie abdominale n'est pas l'extirpation de la tumeur, que cette extirpation soit faite par un procédé ou par un autre. L'important est d'assurer une parfaite reconstitution du bassin et de faire une hémostase complète. Dans sa pratique, l'auteur a fait 118 fois l'hystérectomie abdominale totale, 74 fois pour fibromes dont 24 enclavés et 6 inclus dans le ligament large ; 24 fois pour tumeurs malignes et 20 fois pour suppurations pelviennes anciennes ou annexites graves. Au point de vue de l'hémostase, l'auteur a d'abord fait des ligatures en masse, en assujettissant les pédicules au vagin ; l'auteur s'est efforcé ensuite de faire une hémostase plus précise, liant uniquement les troncs artériels qui saignaient ; mais toujours, l'hémostase obtenue par ces moyens était imparfaite ; la tranche vaginale saignait, et nécessitait le placement d'anses de fil destinées à lier toutes les parties susceptibles de donner du sang. Or, ces fils sont difficiles à placer, nécessitent des manipulations dans le fond du bassin, près du vagin, dont l'asepsie doit être toujours tenue pour suspecte. L'auteur a voulu éviter ces inconvénients et simplifier l'opération, en pratiquant l'hémostase à la fois préventive et définitive. Il lie d'abord l'artère utéro-ovarienne, puis l'artère des ligaments ronds : il pratique ensuite la ligature de l'artère iliaque interne, tout près de la bifurcation. Il extirpe enfin la tumeur et termine l'opération par son procédé habituel. (*Gaz. hebd. d. sc. méd.*, Bordeaux, 1899, oct. 29, N° 44, p. 524).

152. Ligature des artères utérines par le vagin dans certains cas de fibromes (5 observations). — *Archives méd. d'Angers*, 1900, IV, 115-118.

Cinq cas de ligature des artères utérines par le vagin pour fibromes et un bien plus grand nombre de cas de cette ligature pour métrites hémorragiques permettent d'établir les conclusions suivantes. Le premier résultat appréciable est la cessation brusque de l'hémorragie, qui est parfois remplacée par un suintement séreux pendant quelques jours. Les phénomènes de compression diminuent rapidement et finissent par disparaître. Enfin, le volume de la tumeur régresse et diminue dans des proportions notables. Dans la suite, lorsque les règles se rétablissent, elles sont réduites de plus de moitié comme durée et comme intensité. C'est une méthode conservatrice, sans danger pour la malade, et efficace dans les cas de fibromes petits interstitiels et dans les cas de fibromes moyens, lorsque la base des ligaments larges est facilement accessible.

153. De la valeur de la ligature des artères hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus. — *XIIIe Congrès internat. de Méd.*, Paris, 1900; *Sect. de Gynéc.*, Paris, 1901, in 8°, 46-49.

Quatre cas de la pratique de l'auteur permettent de formuler ces conclusions d'un intérêt pratique indéniable : 1° il a été possible, dans un cas de fibrome enclavé et dans 3 cas de cancer généralisés, de pratiquer sans difficulté des deux côtés, la ligature de l'iliaque interne, sans que ce temps de l'opération ait paru compliquer en quoi que ce soit la technique opératoire habituellement suivie. 2° Les effets de la ligature primitive des artères iliaques internes, combinée à celle de l'utéro-ovarienne sont inconstantes, par anomalies très fréquentes des branches collatérales de ces artères. 3° cependant dans le cas où elle a été efficace, la ligature a simplifié énormément l'opération d'un cancer généralisé. Dans deux autres cas, l'hémotase si minutieuse des artères vaginales fut simplifiée par les ligatures préventives. 4° la ligature préventive des artères iliaques internes, malgré l'inconstance de ses résultats, devra être pratiquée, étant donné sa facilité, dans les cas de cancer de l'utérus en voie de généralisation, principalement dans le cancer du col qui menace le plus les uretères — L'auteur expose ensuite la technique qu'il emploie pour ces ligatures d'artères hypogastriques.

154. Môle hydatiforme avec hémorragie intra-utérine et infection; hystérectomie abdominale sub-totale. Guérison. — *Arch. méd. d'Angers*, 1902, VI, 313-317.

Il s'agit d'une tumeur constituée aux dépens de l'utérus et implantée au fond de l'organe sur une portion charnue rappelant l'aspect d'un placenta, chez

une femme de 24 ans. L'utérus fut enlevé et l'examen histologique montra que cette môle vésiculaire avait des vésicules à tissu se rapprochant du myxo-sarcome. Cette observation présente un intérêt assez grand, surtout depuis les récentes observations cliniques qui tendent à démontrer que la môle évoluerait comme une tumeur cancéreuse, envahissant bientôt la muqueuse, puis le corps de l'utérus. Au point de vue de son évolution, elle se rapporterait donc au déciduome malin qui peut-être ne constituerait qu'une phase plus avancée de la maladie. Il en résulterait au point de vue pratique que le diagnostic de môle utérine devrait être l'équivalent de cancer de l'utérus, et nécessiterait comme seul traitement l'hystérectomie.

XI. — OBSTÉTRIQUE.

155. Deux cas de chirurgie obstétricale. — *Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique.* 1re session, Bruxelles, 1892, in-8°, 8 p.

1er Cas : Cas de dystocie par fibrome utérin enclavé. Opération de Porro. Enfant vivant. Guérison. — 2e Cas : Kyste multiloculaire de l'ovaire droit chez une femme enceinte de trois mois ; torsion du pédicule. Ovariotomie. Continuation de la grossesse.

D'après ces deux faits, l'auteur détermine la conduite à tenir, si le chirurgien trouve des indications nettes de laparotomie chez une femme enceinte ou soupçonnée de l'être. Dans les deux cas, qu'il y ait ou non des symptômes graves, son opinion est formelle : il faut intervenir sans se préoccuper de la grossesse possible ou reconnue. Les risques de l'opération, dans ces conditions, seront toujours moins grands que les dangers que fera courir à la malade l'affection pour laquelle l'opération doit se faire.

XII. — MÉDECINE.

156. Elimination de lombrics à travers l'intestin, avec explication anatomo-pathologique. Une observation. — *Arch. méd. d'Angers,* 1901, V, 123-128.

Le cas de l'auteur tend à prouver que l'exode d'un lombric à travers l'intestin implique au préalable l'existence d'une perforation ; celle-ci peut se produire brusquement (fièvre typhoïde, appendicite, hernie gangrenée, ulcère rond) ; mais elle peut aussi se produire lentement, presque d'une façon chronique, par exemple, comme dans la tuberculose intestinale ou le cancer. L'issue d'un lombric à travers la paroi de l'intestin impliquera donc le diagnostic de la perforation et consécutivement le pronostic. Si les accidents ont une marche chronique, on ne pourra guère hésiter qu'entre l'origine cancéreuse ou tuberculeuse de l'affection.

TABLE DES MATIÈRES

Le Mans. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie de Paris. — 11-1904. — N° 1671.